Nr 10 | 6 marca 1938 | Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE

Dr Henryk DŁUGOSZ. St. Asyst. Kliniki Lwów

Przejściowy blok odgałęzienia (ramienia) prawego

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr Roman R e n c k i

Bodźce z węzła zatokowego (Keith-Flacka) przechodzą normalnie na węzeł przedsionkowo-komorowy (Tawary), stąd przez wiązkę Paladino-Hisa, jej odgałęzienia (ramiona), gałązki i włókna Purkiniego na mięsień komór. W razie uszkodzenia systemu przewodzącego następuje zablokowanie bodźca. Zależnie od umiejscowienia przeszkody występuje blok: zatokowo-przedsionkowy, zaburzenie przewodnictwa wśród przedsionków, blok przedsionkowo-komorowy, blok odgałęzień (ramion) i blok gałązkowy (arboryzacji). Przerwanie przewodnictwa może być przejściowe lub stałe (blok przejściowy lub stały).

Na podstawie elektrokardiogramów jednej chorej zajmę się w niniejszej pracy przejściowym blokiem odgałęzienia, który występuje w klinice rzadko, chociaż ma bardzo duże znaczenie praktyczne pod względem rozpoznawczym i prognostycznym. Pod względem rozpoznawczym o tyle, że z jednorazowo wykonanego elektrokardiogramu (Ekg) w czasie przyśpieszonej czynności serca trudno powiedzieć, czy ma się do czynienia z częstoskurczem komorowym, czy ponadkomorowym i zaburzeniem przewodnictwa w jednym odgałęzieniu. Pod względem prognostycznym o tyle, że przejściowe zaburzenie przewodnictwa w odgałęzieniach ujawnia ukryte, organiczne schorzenie serca.

Dotychczas takie przypadki opisał S t e n s t r ö m, o jednym wspominają W e n c k e b a c h i W i n t e r b e r g, ponadto D r e s s l e r i inni.

Przejściowego bloku odgałęzień o takim przebiegu, jak poniżej przytoczony, nie spotkałem w piśmiennictwie.

Chora lat 54 (L. prot. klin. 126 - 1933/34) podaje, że: w 10 roku życia przebyła odrę, w 33 roku życia zapalenie płuc, od 39—45 roku życia przemijający bolesny obrzęk stawów skokowych, kolanowych i łokciowych, bez zwyżek ciepłoty. Od 47 roku życia osłabienie ogólne i dolegliwości ze strony serca: bicie serca i duszność po wysiłkach fizycznych. Ponadto uderzanie krwi do głowy. Od roku nie miesiączkuje.

Badanie w dniu przyjęcia (6. XI. 1933): Sinica warg. Objawy nieżytu oskrzeli. Zrost w kącie przeponowo-żebrowym prawym. Mała ilość płynu w kącie przeponowo-żebrowym lewym (Rtg.). Stłumienie bezwzględne serca: IV żebro, prawie linia środkowa, palec na zewnątrz linii środkowo-obojczykowej lewej. Rentgenologicznie: serce w całości znacznie powiększone, wiotkie. Przysłuchem: nad końcem serca, podstawą i tętnicami dwa głuche tony, pierwszy nad końcem serca nieczysty. Czynność serca przyśpieszona, około 186 uderzeń na minutę, niemiarowa. Ściany tętnic obwodowych twardsze. Tętno niemiarowe, około 98 uderzeń na minutę. Ciśnienie krwi tętnicze 115/80 mm Hg. Wątroba 2 palce niżej łuku, tkliwa. Śledziona wypukiem nieco większa. Płynu w jamie otrzewnowej nie stwierdzono. Mierny obrzęk podudzi i stóp.

Przez cały czas pierwszego pobytu w Klinice (od dnia 6. XI. 1933 r. do dnia 31. I. 1934 r.) chora nie gorączkowała. Diureza dobowa około 1000 cm³, mocz chemicznie i mikroskopowo bez zmian. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Po leczeniu naparstnicą i preparatami jajnikowymi poprawa stanu, jednak po wzruszeniach psychicznych występowało zawsze gwałtowne pogorszenie, objawiające się szybkim i nieregularnym biciem serca, silną dusznością i sinicą, które utrzymywały się przez kilka lub kilkanaście godzin.

Po opuszczeniu Kliniki przez trzy miesiące samopoczucie dobre, potem ponownie bicie serca i duszność wysiłkowa, obrzęk nóg, zmniejszenie dobowej ilości moczu.

Ponowne przyjęcie do Kliniki dnia 10. XII. 1935 r. (L. prot. klin. 239 - 1935/36). Badanie fizykalne wykazało stan podobny do wyżej opisanego (z dnia 6. XI. 1933 r.). W prześwietleniu klatki piersiowej: zastój w krążeniu płucnym. Serce w całości większe, w kształcie karafki. Amplituda skurczowa mała (doc. dr W. G r a b o w s k i). RR: 120/80 mm Hg. Ponownie wykonany odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Diureza dobowa około 300—400 cm³. W moczu: urobilina wzmożona, zresztą chemicznie i mikroskopowo bez zmian.

Z klinicznego punktu widzenia chora przedstawia znany obraz zwyrodnienia mięśnia sercowego na tle miażdżycowym w okresie niewyrównania. Godne uwagi są tylko elektrokardiogramy, szczególnie w okresach nagłego pogorszenia.

Opis elektrokardiogramów

W porządku chronologicznym:

Pierwszy Ekg (ryc. 1) przedstawia obraz bloku gałązkowego, pojedyncze skurcze dodatkowe lewokomorowe, chwilami bigeminia.

Drugi Ekg (ryc. 2), wykonany prawie w pięć tygodni później, przedstawiał typowy obraz bloku odgałęzienia prawego.

Dwa lata później Ekg wykazywał w okresie pogorszenia (ryc. 3) i poprawy (ryc. 4) nadal obraz bloku odgałęzienia prawego.

Uderza tylko jeden szczegół w ryc. 4: w trzecim odprowadzeniu po szeregu zespołów komorowych, typowych dla bloku odgałęzienia prawego (QRS = 0.12 sek., S około 20 mm), występuje tuż po wychyleniu przedsionkowym skurcz dodatkowy lewokomorowy, po którym następują normalne zespoły typu lewokomorowego (QRS = 0.06 sek., S około 10 mm). Wytłumaczenie obrazu poniżej.

Dwa tygodnie później wśród doskonałego samopoczucia, bez objawów niedomogi serca, po przejściu kilkunastu kroków wystąpił nagle silny ból za mostkiem, duszność i sinica, zimny pot, tętno szybkie, słabo napięte. Ekg wykonany w czasie bólu (ryc. 5) przedstawia obraz bloku odgałęzienia z szybką czynnością komór (około 178 uderzeń na minutę). Powyższy obraz należy różnicować z napadowym częstoskurczem komorowym, wobec jednakowego kształtu zespołów komorowych i miarowości. Na podstawie dalszych odcinków Ekg należy jednak przyjąć raczej częstą czynność serca z zaburzeniem przewodnictwa (blokiem) w prawym odgałęzieniu. Ze względu na niski woltaż zespołów komorowych można by myśleć o bloku gałązkowym (arboryzacji).

W kilka minut po wykonaniu Ekg wystąpił typowy obraz obrzęku płuc. Zastosowano doraźne środki nasercowe i 1/4 mg strofantyny dożylnie. W czasie i po wstrzyknięciu strofantyny przez godzinę kontrolowałem co kilka minut obraz Ekg (na odległość). Przez cały czas utrzymywał się obraz bloku odgałęzienia prawego, dlatego zaprzestałem dalszej kontroli elektrokardiograficznej. Ekg jak podczas drugiej obserwacji dnia 17. III. 1936 r., dlatego rycin nie zamieszczam.

Ciężki stan chorej poprawiał się szybko po strofantynie.

W ciągu następnych dwu dni powrót do stanu przed napadem bólu. Objawów zawału mięśnia sercowego nie stwierdzono.

Kontrolny Ekg, w okresie dobrego stanu przedstawia ryc. 6: wolny rytm zatokowy, typ lewokomorowy. Ekg z okresu dalszej poprawy, przedstawiony na ryc. 7, jest podobny do poprzedniego. W obu nie stwierdza się obrazu bloku odgałęzienia prawego.

W tydzień później (dnia 17. III. 1936 r.) chora otrzymała wiadomość o śmierci syna. Natychmiast wystąpił napad silnego bólu za mostkiem, drętwienie lewej ręki, duszność i kaszel z odkrztuszaniem plwociny pienistej, krwawej, a więc stan zupełnie podobny, jak w dniu 23. I. 1936 r.

Ekg w stanie ciężkim wykonany (na odległość) przedstawia ryc. 8: wychylenia przedsionkowe zaznaczone w odprowadzeniu II i III, o częstości około 115 na minutę. Zespoły komorowe wybitnie atypowe, wychylenia początkowe wybitnie rozszerzone, roztrzepane, z delikatnymi zgrubieniami, typu lewokomorowego. Ekg przedstawia zatem obraz bloku odgałęzienia prawego o niezwykłym wyglądzie.

Korzystając z doświadczenia podczas pierwszego ataku, wstrzyknięto chorej dożylnie 1/4 mg strofantyny. W kilkanaście

minut po zastrzyku stan chorej poprawił się znacznie, jednak duszność i odkrztuszanie plwociny pienistej, krwią podbarwionej utrzymywało się jeszcze przez 12 godzin.

Podobnie, jak poprzednio, wykonałem szereg zdjęć Ekg w czasie i po zastrzyku strofantyny. Ze względu na najwyraźniejsze wychylenia w odprowadzeniu pierwszym, kontrolowałem Ekg podczas zastrzyku tylko w tym odprowadzeniu, a następnie co kilka minut w trzech odprowadzeniach.

Ryc. 9 przedstawia Ekg w pierwszym odprowadzeniu: a) na początku wstrzyknięcia strofantyny, b) i c) podczas, d) tuż po ukończeniu wstrzykiwania, e) w minutę później. Wszystkie zespoły komorowe są atypowe, identyczne z przedstawionymi na ryc. 8. Częstość skurczów serca waha między 125 a 94 na minutę.

Ekg w dwie minuty po wstrzyknięciu strofantyny przedstawia ryc. 10: utrzymują się zespoły atypowe. częstość akcji serca wynosi 107 do 120 uderzeń na minutę.

Podobny obraz uzyskałem w trzy minuty po zastrzyku strofantyny.

W sześć minut (ryc. 11) czynność serca nieco wolniejsza, wynosi 83—100 uderzeń na minutę, wychylenia przedsionkowe wyraźnie widoczne we wszystkich odprowadzeniach. Kształt, kierunek i szerokość zespołów komorowych nie zmieniają się.

W 9 minut po strofantynie (ryc. 12) czynność serca 83 do 88 uderzeń na minutę. Utrzymują się atypowe zespoły komorowe. Jedynie w odprowadzeniu drugim występuje jeden normalny zespół komorowy (x). Omówienie niżej.

Elektrokardiogram w 13 minut po zastrzyku strofantyny (ryc. 13), przedstawia rytm zatokowy o częstości 71—79 uderzeń na minutę. Wychylenia początkowe typu lewokomorowego. z bardzo delikatnymi zgrubieniami u podstawy, szerokości 0.1 sek., wybitnie różnią się od zespołów sprzed czterech minut, przedstawionych na ryc. 12. Wychylenia następowe w II odprowadzeniu spłaszczone, lecz wyraźnie dodatnie. Czas przewodnictwa przedsionkowo-komorowego przedłużony do 0.22 sek.

W pięć minut później, a 18 minut po zastrzyku strofantyny (ryc. 14), elektrokardiogram o tym samym typie, jedynie S-T w I odprowadzeniu przebiega wybitnie skośnie ku dołowi, wychylenie następowe w II odprowadzeniu jeszcze bardziej spłaszczone, utrzymuje się przedłużony czas przewodnictwa przedsionkowo-komorowego (wpływ strofantyny).

W 46 minut po zastrzyku (ryc. 15) widać jeszcze wyraźniej cechy działania strofantyny: obniżenie odcinka S-T w II odprowadzeniu, w tymże odprowadzeniu wychylenia następowe niewidoczne. Pojawiają się poszczególne skurcze dodatkowe lewokomorowe.

W 83 minut po zastrzyku strofantyny (ryc. 16) obraz podobny do poprzedniego, tylko wychylenia początkowe są wyraźnie niższe.

Dalsze obniżanie wychyleń początkowych widać w następnym Ekg (ryc. 17), wykonanym w dwie godziny po wstrzyknięciu strofantyny.

W 16 godzin po wstrzyknięciu, przedłużenie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, z wypadaniem przewodnictwa i uderzeniami zastępczymi (ryc. 18).

W 18 godzin po zastrzyku (ryc. 19) mija działanie strofantyny: przewodnictwo przedsionkowo-komorowe jeszcze przedłużone, jednak ustępuje zmiana odcinka S-T i T.

Wyraźnie odmienny obraz w 24 godzin po zastrzyku strofantyny (ryc. 20): przewodnictwo przedsionkowo-komorowe waha się między 0.18—0.20 sekundy, odcinek S-T nie tak wybitnie obniżony, jak poprzednio, T w I i II odprowadzeniu dodatnie.

W ciągu następnych 8 dni, przy stosowaniu tylko geofiliny dożylnie, stwierdzono w różnej ilości, różnego pochodzenia skurcze dodatkowe, przedstawione na ryc. 21 i 22.

W 6 miesięcy później (dnia 5. X. 1936 r.), po szybszym spacerze wystąpiła u chorej (w domu) nagle gwałtowna duszność, sinica, ból za mostkiem, jak obserwowano w Klinice dwukrotnie dnia 23. I. i 17. III. 1936.

W kilkanaście minut później chora zmarła wśród objawów niedomogi serca. Sekcji nie wykonano.

Omówienie elektrokardiogramów

Opisane elektrokardiogramy przedstawiają kilka typów: najpierw występuje przejściowo obraz bloku gałązkowego (arboryzacji), potem przez dwa lata blok odgałęzienia (ramienia), a wreszcie w trzecim roku obserwacji przejściowy blok odgałęzienia.

Blok gałązkowy ma powstawać, według Oppenheimera i Rotschilda, wskutek rozlanych zmian anatomicznych podwsierdziowych w obrębie włókien Purkiniego. Jednak większość autorów (Willius, Herrick, Drury i inni) nie zdołała ustalić zależności między zmianami anatomicznymi a obrazem bloku gałązkowego. Stenström otrzymał obraz bloku gałązkowego po uszkodzeniu obu odgałęzień (ramion), więc chodzi tu raczej o liczne blokowanie gałązek w zakresie obu ramion, a nie o rozlane zmiany anatomiczne włókien Purkiniego.

Nowsze doświadczenia Scherfa przemawiają również za obustronnym uszkodzeniem obu odgałęzień, jednak bardziej obwodowo.

Przejściowy charakter bloku gałązkowego w naszym przypadku dowodzi, że nie ma nieodwracalnych zmian anatomicznych. Dla wytłumaczenia takiego obrazu Ekg należy przyjąć zaburzenia czynnościowe, najprawdopodobniej przejściowe zaburzenia w krążeniu i ukrwieniu obu odgałęzień.

Drugim typem elektrokardiogramu jest obraz stałego bloku odgałęzienia prawego, dobrze znany, dlatego nie wymagający bliższego omawiania.

Trzeci typ, mianowicie przejściowy blok odgałęzienia (prawego), spotyka się dość rzadko, dlatego o nim szerzej.

Równomierne przedłużenie czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego w obu odgałęzieniach objawia się w Ekg przedłużeniem P-Q, bez zmiany zespołu komorowego. Przedłużenie czasu przewodnictwa w jednym odgałęzieniu nie zmienia czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego (P-Q), lecz kształt zespołu komorowego.

Doświadczenia na zwierzętach przekonały, że przedłużenie przewodnictwa w jednym odgałęzieniu o 0.03—0.04 sekundy wystarcza na to, aby bodziec przeszedł drogą nietypową przez drugie odgałęzienie i mięśniówkę przegrody na drugą komorę, co uwidacznia się w Ekg obrazem bloku odgałęzienia. Im mniejsze, niż 0.03—0.04 sek. opóźnienie przewodnictwa w jednym odgałęzieniu, tym elektrokardiogram jest bardziej zbliżony do normalnego; im bliższe 0.03—0.04 sek., tym Ekg jest bardziej zbliżony do obrazu bloku odgałęzienia.

System przewodzący może być tak uszkodzony, że nie przeprowadza bodźców stale, albo nie przeprowadza tylko w specjalnych warunkach. Stąd można w doświadczeniu i w klinice widzieć elektrokardiogramy, przedstawiające stale obraz bloku odgałęzienia lub tylko po obciążeniu systemu przewodzącego.

W doświadczeniu na psach stwierdzono to zjawisko następująco: uciskano delikatnie jedno odgałęzienie. Występował blok odgałęzienia, utrzymujący się rozmaicie długo, zależnie od siły ucisku. Gdy pojawiły się znowu normalne zespoły komorowe, wywoływano dodatkowy skurcz przedsionków (Stenström), ich trzepotanie lub szereg dodatkowych skurczów komorowych (Scherf). Wtedy pojawiał się na nowo blok odgałęzienia wskutek niewydolności uszkodzonego przedtem odgałęzienia i opóźniania, albo przerwania w nim przewodnictwa.

I w klinice można spotkać normalne zespoły komorowe, mimo niewydolności systemu przewodzącego. Zdarza się to przy małej częstości akcji serca. Dopiero obciążenie systemu przewodzącego większą ilością bodźców ujawnia jego niewydolność, którą elektrokardiograf rejestruje pod postacią bloku odgałęzienia.

Przeciwnie, odciążenie systemu przewodzącego przez zwolnienie czynności serca lub dodatkowy skurcz po przeciwnej stronie uszkodzonego odgałęzienia, umożliwia temu systemowi odpoczynek i normalne przewodnictwo.

W naszym przypadku stwierdzono naprzód nagłe ustąpienie bloku odgałęzienia (ryc. 4). Mianowicie, po lewokomorowym skurczu dodatkowym, występują nagle normalne zespoły komorowe. Opierając się na wspomnianych doświadczeniach Stenströma i Scherfa, wytłumaczyć można to zjawisko następująco: wskutek uszkodzenia prawego odgałęzienia, bodźce opóźniają się w nim, przechodzą tylko lewym odgałęzieniem, dając w Ekg obraz bloku odgałęzienia prawego. Dodatkowy skurcz lewokomorowy nie obciąża uszkodzonego, prawego odgałęzienia, umożliwia mu zatem zupełny odpoczynek. Dlatego następny bodziec przedsionkowy może przejść przez oba odgałęzienia równocześnie, o czym świadczą normalne zespoły komorowe na elektrokardiogramie z tego samego dnia i dni następnych.

Innym razem chwilowe zwolnienie czynności serca było przyczyną wystąpienia jednego normalnego zespołu komorowego wśród obrazu bloku odgałęzienia (ryc. 12).

Przy dokładnej analizie elektrokardiogramu, przedstawionego na ryc. 12, widać, że wychylenie przedsionkowe normalnego zespołu komorowego występuje w 0.74 sek. po poprzednim. Odstęp między następnymi wynosi 0.68—0.64 sek. Najdłuższy odstęp między wychyleniami przedsionkowymi występuje więc przed uderzeniem normalnym. Ponieważ czas przewodnictwa przedsionkowo-komorowego pozostaje we wszystkich zespołach

niezmieniony, zatem uderzenie normalne występuje po najdłuższej przerwie, w czasie której wiązka przewodząca wypoczywa i może przeprowadzić przez oba odgałęzienia równocześnie bodziec, nadchodzący z przedsionka. Następne przerwy są za krótkie dla wypoczynku prawego odgałęzienia, wskutek tego opóźnia się w nim przewodnictwo i w następstwie pojawiają się znowu zespoły komorowe nietypowe (blok odgałęzienia).

Normalny zespół komorowy występuje w 0.74 sek. po poprzednim, co równa się częstości 81 uderzeń na minutę. To pozwala wnioskować, że, w razie zwolnienia czynności serca do 81 uderzeń na minutę, mogą wystąpić stale normalne zespoły komorowe. Tak się też stało w 13 minut po zastrzyku strofantyny (ryc. 13).

Z powyższego wynika, że obraz bloku odgałęzienia znika po odciążeniu systemu przewodzącego przez dodatkowy skurcz komorowy po stronie przeciwnej domniemanego uszkodzenia odgałęzienia (ramienia) albo przez zwolnienie czynności serca.

Do przyczyny występowania obrazu bloku odgałęzienia dochodzi się, analizując elektrokardiogramy, przedstawione na ryc. 12, a jeszcze lepiej na ryc. 8—11, i 6, 7, 13 i następnych.

Większa częstość węzła zatokowego i skurczów przedsionków łączy się zawsze z obrazem bloku odgałęzienia, mniejsza z normalnymi kompleksami komorowymi. Na podstawie wspomnianych doświadczeń S t e n s t r o m a i S c h e r f a należy przyjąć, że większa ilość bodźców przedsionkowych wyczerpuje uszkodzony system przewodzący, szczególnie prawe odgałęzienie, a mniejsza ilość bodźców z przedsionka umożliwia temu systemowi konieczny wypoczynek, przywracając mu zdolność przewodzenia bodźców. Stąd blok odgałęzienia po wzruszeniach i niewielkich wysiłkach fizycznych.

Elektrokardiogramy podczas „ataku" wykonano na odległość (teleelektrokardiogramy).

Czytelnikowi może się nasunąć przypuszczenie, że niezwykły obraz bloku odgałęzienia jest wytworem sztucznym. To samo przypuszczenie nasunęło się mnie, gdy zobaczyłem elektrokardiogramy z pierwszego „ataku" (dnia 23. I. 1936 r.). Dlatego przeprowadziłem badania porównawcze elektrokardiogramów wykonanych w Pracowni Elektrokardiograficznej i wykonanych na odległość u tej chorej i u innych chorych. Okazało się, że z tego samego okresu są takie same. Myśl o sztucznej deformacji elektrokardiogramu wskutek wykonywania zdjęcia na odległość należy odrzucić. Udowodniły to zresztą dawne spostrzeżenia E i n t h o v e n a i innych.

Druga przyczyną niezwykłego obrazu elektrokardiogramu, mianowicie przestawienie elektrod również nie wchodzi w rachubę, bo przewody są trójkolorowe, a właściwe łączenie kontrolowane zawsze bardzo szczegółowo. Zresztą przez cały czas obserwacji ataku nie zmieniano przewodów, a wygląd elektrokardiogramu, przedstawionego na ryc. 13—17 usuwa wszelkie tego rodzaju zastrzeżenia techniczne.

Czas trwania przejściowego bloku odgałęzienia prawego u naszej chorej jest różny. Można przyjąć, że obraz bloku odgałęzienia, który utrzymywał się początkowo przeszło dwa lata, jest pierwszym obrazem przejściowego bloku odgałęzienia prawego (ryc. 2, 3, 4). Po raz drugi blok odgałęzienia trwał znacznie krócej, może kilka godzin, najwyżej kilkanaście dni (ryc. 5, 6). Po raz trzeci mniej, niż 13 minut. Przyczynę tego zjawiska trudno podać. Być może, że zastosowanie strofantyny w pierwszym okresie skróciłoby czas trwania bloku odgałęzienia, jednak wobec braku danych, trudno wnioskować.

Omówiony, przejściowy blok odgałęzienia (prawego), ma bardzo ważne znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz także praktyczne, pod względem rozpoznawczym i prognostycznym. Pod względem rozpoznawczym dlatego, że mając przed oczyma tylko Ekg przedstawiony na ryc. 5, 8 lub 9, trudno rozstrzygnąć, czy Ekg przedstawia obraz częstoskurczu lewokomorowego, czy też częstoskurczu ponadkomorowego z zaburzeniem przewodnictwa w prawym odgałęzieniu. Jedynie szczegółowa analiza, z uwzględnieniem poprzednich elektrokardiogramów, może zadecydować o rozpoznaniu. Właściwe rozpoznanie jest dlatego ważne, bo inaczej rokujemy w częstoskurczu przedsionkowym, a zupełnie inaczej w częstoskurczu komorowym.

Ważnym dla prognozy jest przejściowy charakter bloku odgałęzienia. Gdyby się przypadkowo wykonało zdjęcie tylko w okresie poprawy, kiedy Ekg przedstawiał obraz typu lewokomorowego z zaznaczonymi tylko cechami uszkodzenia mięśnia (ryc. 6, 7, 17 i in.), można by wobec dość dobrego stanu klinicznego korzystnie rokować. Na podstawie zaś niezwykłego obrazu bloku odgałęzienia prawego można by rokować bardzo źle. Jedynie szereg Ekg wykonanych w różnych stanach, w okresie poprawy i w stanie ciężkim, pozwala na ustalenie właściwego rokowania.

Przejściowy blok odgałęzienia jest ważny dla prognozy i z tego względu, że ujawnia skryte schorzenie organiczne serca. Podczas wolnej czynności serca stwierdzono w elektrokardiogramie chorej normalne zespoły komorowe, dopiero przyśpieszenie czynności serca ujawniło tę niewydolność systemu przewodzącego pod postacią bloku odgałęzienia. Dlatego należy zawsze wykonywać Ekg podczas niemiłych sensacyj, jakie występują po pracy lub w innych okolicznościach wskutek niedotlenienia mięśnia sercowego.

Przypadek opisano ze względu na niezwykły obraz bloku odgałęzienia (ryc. 8—12) i ze względu na rzadkość przejściowego bloku odgałęzienia.

W obserwacji chorej, szczególnie w okresach ataków, był mi bardzo pomocny kol. dr Bronisław P e t r y ń s k i, za co mu serdecznie dziękuję.

Streszczenie

U 54-letniej chorej z niedomogą mięśnia sercowego na tle miażdżycy, obserwowano na elektrokardiogramach początkowo przejściowy blok gałązkowy (arboryzacji), następnie przez dwa lata blok odgałęzienia prawego, wreszcie przejściowy blok tegoż odgałęzienia o niezwykłym wyglądzie. Przejściowy blok odgałęzienia prawego występował po niewielkich wysiłkach fizycznych lub wzruszeniach psychicznych, wskutek przyśpieszenia czynności serca; ustępował po zwolnieniu czynności serca lub po dodatkowym skurczu lewokomorowym. Czas trwania przejściowego bloku wynosił kilkanaście dni lub kilkanaście minut. Zmiany elektrokardiogramu wytłumaczono przejściowym zaburzeniem przewodnictwa w systemie przewodzącym.

Piśmiennictwo:

S c h e r f D.: Lehrbuch der Elektrokardiographie. Wien. J. Springer, 1937. — S t e n s t r ö m N.: Ac. med. scand. 60, 552, 1924. — W e n c k e b a c h K. F. u. W i n t e r b e r g H.: Die unregelmässige Herztätigkeit. Leipzig, Engelmann, 1927.

Jan STOPCZAŃSKI Kraków

Spostrzeżenia dotyczące czynności obronnej skóry wobec zmniejszonego stężenia jonów wodorowych

Według wykładu, wygłoszonego dnia 5 lipca 1937 r. w Sekcji Dermatologicznej XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie

Tak przy pracy w różnych rzemiosłach, jak przy pracy domowej, są często w użyciu ciała chemiczne, mające alkaliczne oddziaływanie. Ciała te mają też wielkie znaczenie w powstawaniu schorzeń zawodowych skóry, zwłaszcza wyprysków.

Dlatego obliczenia odszkodowań w ubezpieczalniach zawodowych w Szwajcarii wykazują, że 25% na ogólną ilość wyprysków u ludzi zajętych pracą ręczną, powodują takie ciała alkaliczne, jak cement i wapno. Także i inne ciała alkaliczne, jak mydło, soda, ługi mogą wywierać takie samo działanie i wywołują często zmiany na skórze rąk u służących, praczek, robotników pracujących w fabrykach mydła.

Wykazanie przyczyny, która powoduje, że tylko u pewnych osób pod wpływem działania tych ciał powstają zmiany na skórze, najczęściej w postaci wyprysków przedstawia ważny cel dla podjęcia w tym kierunku badań.

Według badań niedawno zapoczątkowanych, bo dopiero od dwóch lat, skóra zawdzięcza swoją własność opierania się działaniu ciał o oddziaływaniu alkalicznym, możności utrzymywania na swej powierzchni pewnego stężenia jonów wodorowych. Doświadczalnie udaje się wykazać na każdej zdrowej skórze zobojętnienie działającego na powierzchnię skóry roztworu ługu, które po pewnym czasie słabnie i niejako się wyczerpuje. Udowodnienie tej własności skóry przez B u r c k h a r d t a w roku 1935, zachęciło mnie do badań mających na celu dokładniejsze poznanie tej własności w warunkach prawidłowych i postawienia na podstawie tej własności pewnych wytycznych w niektórych stanach chorobowych skóry.

Sposób badania prosty i nietrudny do wykonania, polega na oznaczaniu czasu, w jakim znika zabarwienie skrawka bibuły wielkości 1 cm^2, przyłożonego na skórę. Zabarwienie czerwone występuje, gdy na ten skrawek bibuły, zwilżony kroplą ługu sodowego, rozcieńczonego 1 : 2.000 o pH 10 wkropli się kroplę fenolftaleiny. Miejsce badania, na którym znajduje się skrawek bibuły nakrywa się jeszcze płytką szklanną o wymia-

rach 3×2×1.5 cm. Płytkę tę należy poruszyć po upływie trzydziestu sekund, nie przesuwając jej położenia, w celu równomiernego zwilżenia płynem badanej powierzchni. Najczęściej przy pierwszym badaniu znika zabarwienie po upływie pół minuty. Następne oznaczenia powtarza się na tym samym miejscu bezpośrednio po sobie do dziesięciu razy, osuszając dokładnie miejsce badania przed każdym oznaczeniem. Pomiędzy pomiarami nie powinny upływać dłuższe odstępy czasu, w których powierzchnia badana mogłaby uzyskać początkowe warunki. Granice miejsca badania przed pomiarami oznacza się dermografem w celu uniknięcia pomyłek, powstałych przez przesunięcie miejsca badania. Ta czynność zobojętniania ługu jest wtedy prawidłowa, gdy czas potrzebny do zobojętnienia kropli ługu nie przekracza przy pierwszych oznaczeniach 2—3 minut, a przy dalszych 3—5 minut. Zaznaczając czasy odbarwień i ilości oznaczeń uzyskuje się dane, według których wykreślone krzywe przedstawiają graficznie przebieg pomiarów.

Tym sposobem można wybadać, kiedy zobojętnianie ługu ulega opóźnieniu, czyli, jak szybko występuje osłabienie, a wreszcie wyczerpanie tej czynności skóry.

Ten sposób pozwala zatem oznaczać, kiedy zobojętnienie rozczynu ługu przez działanie powierzchni skóry nastąpiło, ale nie określa oprócz czasu innych granic, w jakich to zobojętnianie się odbywa. Dlatego nasuwała się przy tych badaniach konieczność zastosowania sposobu uzupełniającego, dającego możność ściślejszego oznaczenia granic tego zobojętniania.

Przy wyborze takiego sposobu zachodziły pewne wymagania, od których zależy wartość tych badań. Pierwszorzędne znaczenie miało znalezienie jednakich warunków, w których oba rodzaje badań miały być wykonane.

Tym wymaganiom najwięcej wobec tego odpowiadało zastosowanie do badań uzupełniających innego wskaźnika o szerszej skali barwnej, który by w tym czasie, w którym występuje odbarwienie skrawka bibuły, zwilżonego kroplą ługu sodowego

Badania u zdrowych.

L.p.	Imię i nazwisko		wiek	wynik badania krzywe
1.	Tadeusz	C.	21	N
2.	Wojciech	N.	53	C
3.	Józefa D	D.	31	N
4.	Ludwik	K.	22	B
5.	Stanisław	C.	12	N
6.	Maria	F.	23	N
7.	Władysław	K.	57	C
8.	Antoni	B.	44	B
9.	Stanisław	K.	20	N
10.	Józef	Z.	19	N
11.	Irena	S.	23	N
12.	Stanisław	P.	29	B
13.	Karolina	M.	21	N
14.	Bronisław	K.	25	N
15.	Roman	W.	47	B
16.	Michalina	G.	27	N
17.	Zygmunt	N.	52	C
18.	Władysław	Z.	30	B
19.	Wiktor	P.	21	N
20.	Marian	H.	19	N
21.	Adam	D.	23	B
22.	Wanda	M.	19	N
23.	Leopold	T.	11	N
24.	Helena	R.	8	N
25.	Władysław	B.	48	B
26.	Józef	G.	21	N
27.	Adolf	J.	23	B
28.	Franciszek	O.	19	N
29.	Michał	S.	51	B
30.	Wiktor	U.	28	N
31.	Abrcham	H.	36	B
32.	Aniela	Z.	18	N
33.	Mieczysław	G.	26	N
34.	Chaim	R.	51	C
35.	Marian	W.	26	B
36.	Bolesław	M.	29	N
37.	Aleksander	T.	36	N
38.	Kazimierz	P.	25	N
39.	Zbigniew	S.	22	B
40.	Alfred	K.	44	B
41.	Jan	P.	27	N
42.	Izak	K.	18	N
43.	Józef	D.	24	N
44.	Stanisław	R.	41	B
45.	Tadeusz	O.	23	N
46.	Marek	Z.	31	B
47.	Zbigniew	W.	27	N
48.	Karol	S.	39	B
49.	Wojciech	B.	20	N
50.	Maria	O.	23	B
51.	Anna	Z.	31	B
52.	Henryk	L.	43	N
53.	Adam	S.	25	B
54.	Tekla	W.	21	B
55.	Władysław	R.	33	N
56.	Wanda	C.	17	B
57.	Mieczysław	M.	29	N

i fenolftaleiny dawał równocześnie przez różnicę zabarwienia możność ściślejszego określenia, o ile zmienia się pH rozczynu ługu na powierzchni sąsiedniego, równej wielkości odcinka skóry.

Po przeprowadzeniu szeregu prób, wykonanych przez dra Moroza, kierownika Pracowni Chemicznej miejskiej, okazało się, że najlepiej do tych celów nadaje się uniwersalny wskaźnik angielski B. D. H., który posiada równie szeroką skalę odmian barw, jak kolorymeter Wulfa, a może być bezpośrednio w odpowiednim rozcześczeniu do tych badań zastosowany.

Przy wykonywaniu tych badań, na skrawek bibuły zwilżony kroplą ługu, a przyłożony na skórę w sąsiednim miejscu, dodawałem kroplę rozczynu tego wskaźnika. Zabarwiony tym rozczynem skrawek bibuły, wielkości również 1 cm², zmienia szybko pod wpływem działania powierzchni skóry, swoje zabarwienie. Porównując tę zmianę zabarwienia ze skalą kolorymetryczna przyrządu Wulfa, oznacza się w ten sposób ilościowo zmianę stężenia jonów wodorowych. Wskaźnik B. D. H. może bowiem zmieniać w odpowiednich warunkach zabarwienie od barwy czerwonej, oznaczającej pH 3, aż do jasno-czerwono-fioletowej, oznaczającej pH 11.

Oznaczanie zobojętniania rozczynu ługu w różnych miejscach skóry u tego samego badanego nie wykazuje znaczniejszych różnic, zależnych od miejsca badania. Nawet pewne przestrzenie powierzchni skóry, jak jamy pachowe, różniące się od innych miejsc stężeniem jonów wodorowych, czyli znacznie zmniejszoną kwasotą powierzchni, tylko przy pierwszych oznaczeniach okazują nieco zwolnione zobojętnianie ługu, w dalszych jednak pomiarach nie ma już różnicy w porównaniu z innymi miejscami powierzchni skóry.

Takie poprzedzające badanie, nawet odtłuszczenie powierzchni skóry za pomocą eteru i benzyny nie ma dla tych badań większego znaczenia. Zaznacza się wpływ takiego odtłuszczenia przy pierwszych pomiarach pewnym przyśpieszeniem zobojętnienia ługu, spowodowanym tym, że usunięcie z powierzchni skóry tłuszczu umożliwia bezpośrednio zetknięcie się naskórka z rozczynem ługu. Badania, jakie wykonywałem w ten sposób u 57 osób o zdrowej skórze, a leczących się w Miejskiej Przychodni Przeciwwenerycznej wykazały, że nie u wszystkich badanych skóra zdrowa okazała taką samą własność zobojętniania ługu. Pomiary wykazały znaczne różni-

Ryciny do pracy dr Henryka D ł u g o s z a pt.: *Przejściowy blok odgałęzienia (ramienia) prawego*

I, II, III = odprowadzenie pierwsze, drugie, trzecie.
Czułość: 1 mv = 1 cm. Czas: 0,04 sek.
EKG przedstawione na ryc. 4, 6, 8—22 wykonano na odległość.

Ryc. 1. 7/XI. 1933



Ryc. 2. 13/XII. 1933



Ryc. 3 11/XII. 1935



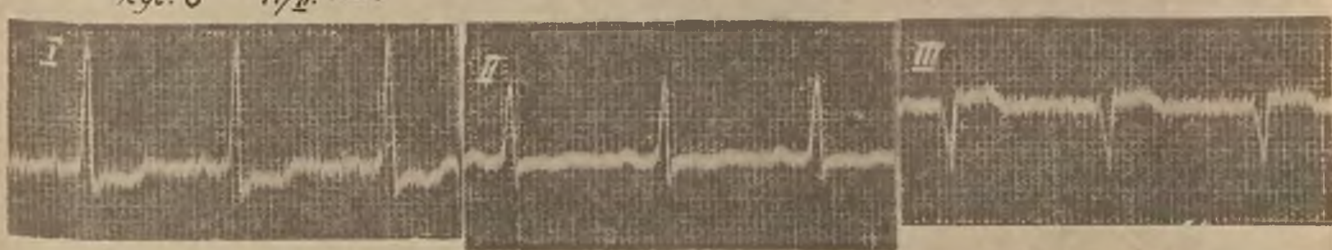
Ryc. 4. 7/I. 1936



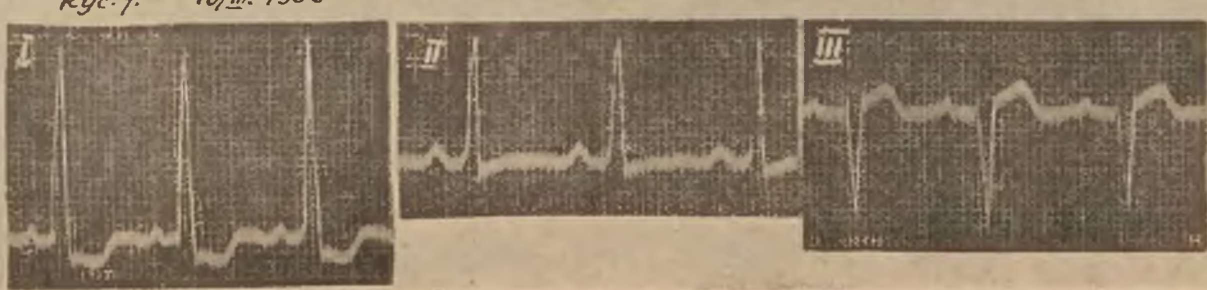
Ryc. 5. 23/I. 1936



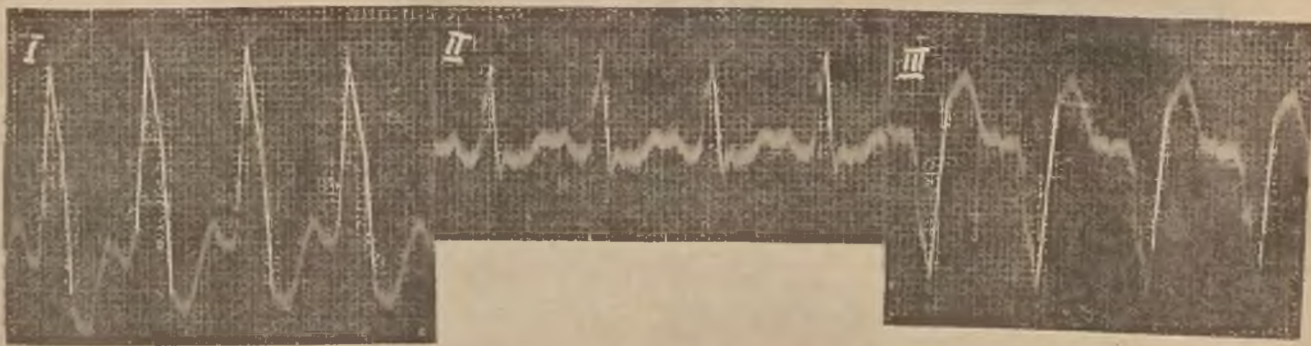
Ryc. 6 11/II. 1936



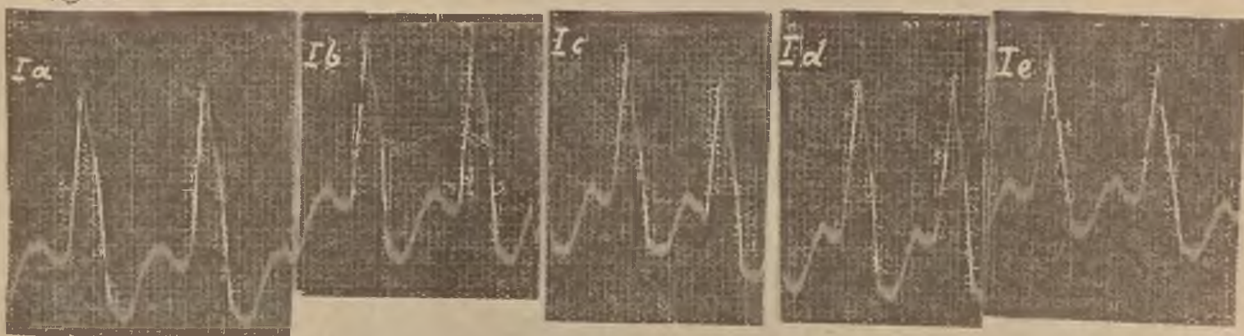
Ryc. 7. 10/III. 1936



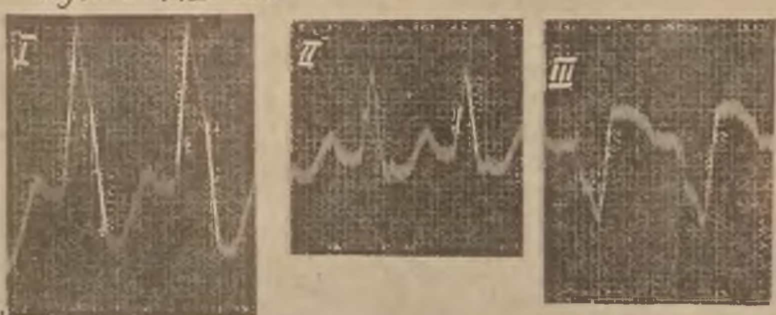
Ryc. 8. 17/III. 1936



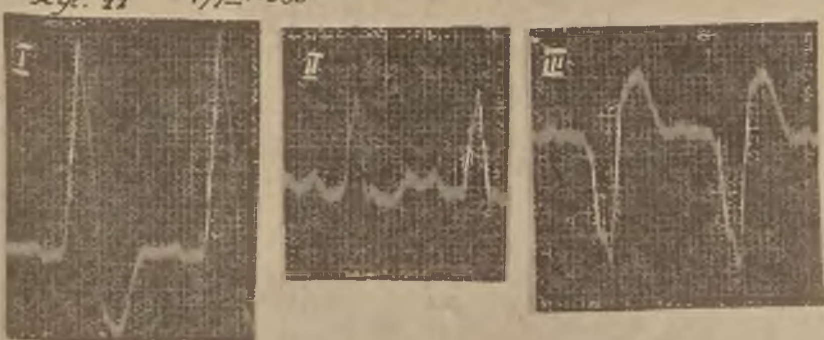
Ryc. 9. 17/III. 1936



Ryc. 10. 17/III. 1936



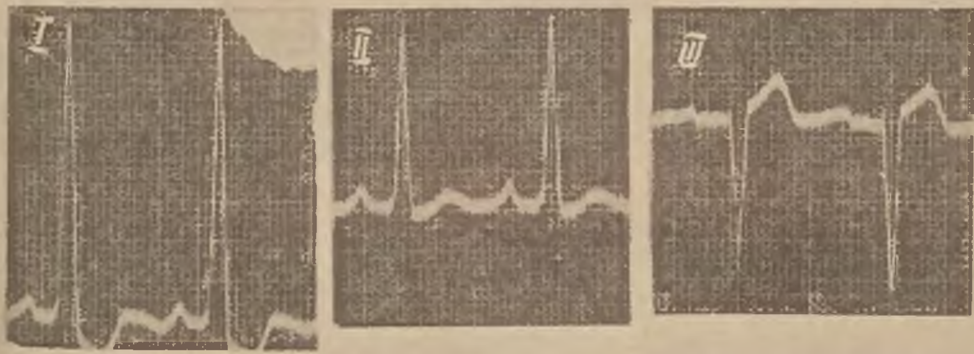
Ryc. 11 17/III. 1936



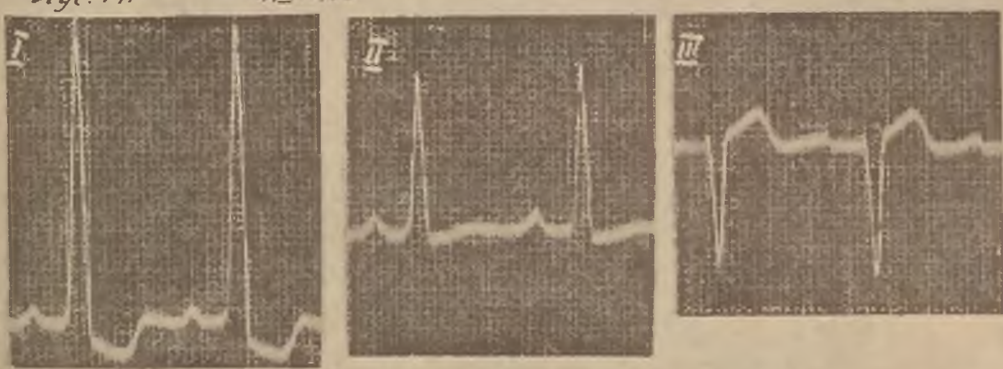
Ryc. 12 17/III. 1936



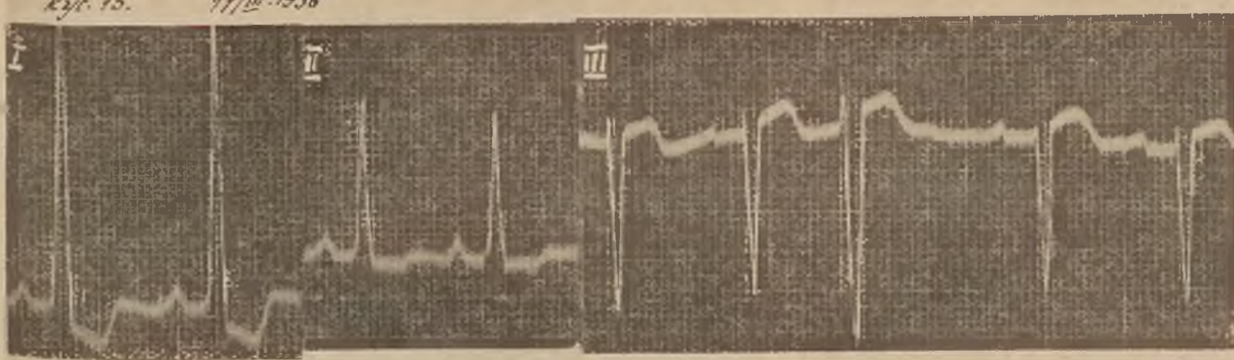
Ryc. 13. 17/III. 1936



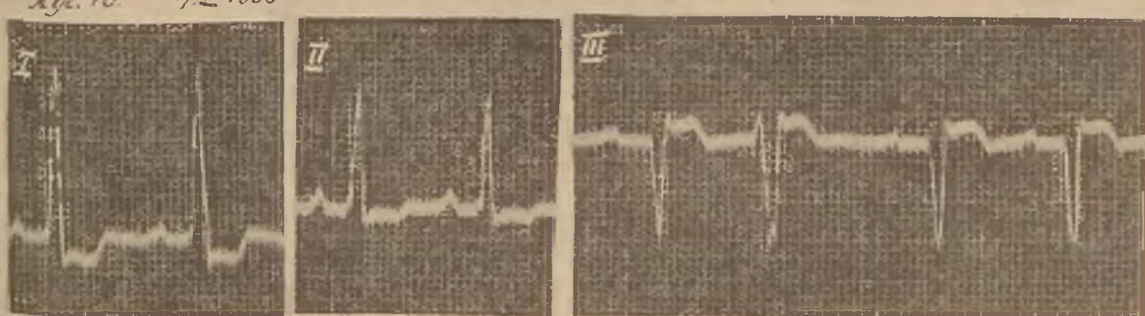
Ryc. 14. 17/III. 1936



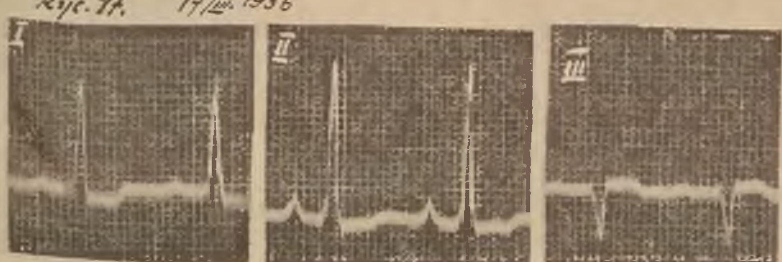
Ryc. 15. 17/III. 1936



Ryc. 16. 17/III 1936



Ryc. 17. 17/III. 1936



Ryc. 18 18/III. 1936



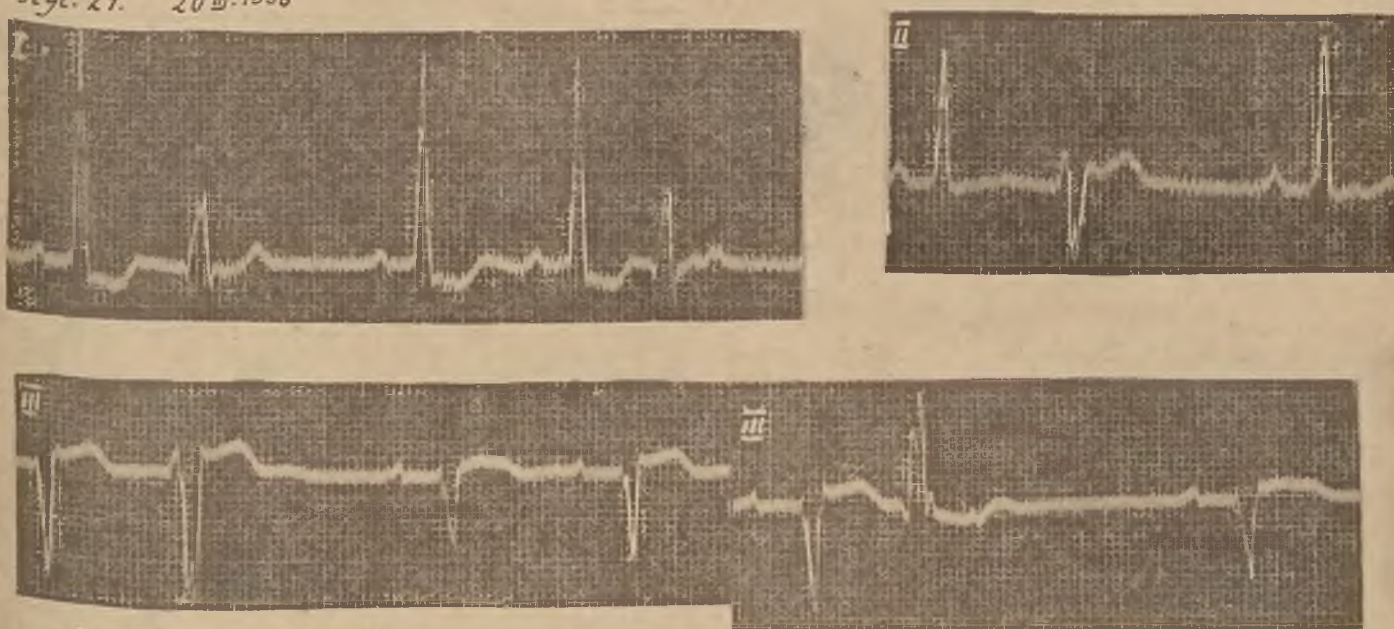
Ryc. 19. 18/III. 1936



Ryc. 20 16.III. 1936



Ryc. 21. 20 III. 1936



Ryc. 22. 29/III. 1936



ce w tym kierunku. Dlatego krzywe, przedstawiające przebieg pomiarów u tych badanych można było według tych różnic podzielić na trzy rodzaje. Większość badanych, bo 32 osoby, okazało krzywe prawidłowe (N), które wykazują, że czas zobojętniania, aż do dziesiątego oznaczenia nie przekraczał pięciu minut. Krzywe u drugiej części badanych, wynoszącej 21 osób, przedstawiały więcej zwolnione zobojętnianie ługu, dochodzące do siedmiu minut, więc zaliczono te krzywe do typu B. U najmniejszej liczby badanych, bo tylko u czterech, czas zobojętniania ługu także do dziesiątego oznaczenia przekraczał 8 minut. Krzywe u tych badanych zaliczono do typu C.

Wyniki tych badań przedstawia zestawienie podane na str. 185:

Wykonując te pomiary u ludzi różnego wieku, można było się przekonać, że są różnice w tych pomiarach, także zależne i od wieku. I gdy u ludzi starszych, powyżej 50 lat, częściej występują w tych pomiarach krzywe typu B i C, to u dzieci i młodszych, przeważnie te pomiary wykazują krzywe typu N.

Jako następne, najbliższe zadanie nasuwało się badanie, czy te trzy grupy badanych różnią się także wrażliwością skóry wobec ciał o oddziaływaniu alkalicznym. Najlepszą drogą do zbadania tej wrażliwości wydawało mi się zastosowanie roztworu mleka wapiennego w średnich stężeniach: a więc 10% i 15% w próbie płatkowej Blocha. Próby te u kilku osób, z każdej z tych trzech grup wykonane, wykazały, że najsłabsze odczyny okazali mający prawidłowe krzywe zobojętniania ługu, czyli, że posiadają najmniejszą wrażliwość skóry wobec ciał o oddziaływaniu alkalicznym.

Na podstawie tych badań nasuwa się przypuszczenie, że zboczenia w tej czynności skóry mogą mieć przyczynowe znaczenie w powstawaniu pewnych zawodowych schorzeń skóry, tak częstych wyprysków u ludzi, których ręce podczas pracy narażone są na działanie ciał chemicznych o oddziaływaniu alkalicznym, takich, jak wapno, cement, mydło. Odpowiedni materiał do takich badań przedstawiały wypadki wyprysków u osób zajętych pracą ręczną, a zgłaszających się do ambulatorium Szpitala Bonifratrów.

Badania u osób wykazujących wypryski, takich, jak robotnicy budowlani, murarze, praczki, służące, wykonywane były w miejscach niedotkniętych zmianami chorobowymi. Wykresy krzywych, wykonane na podstawie badania zobojętniania ługu okazały wyniki, znacznie się różniące od wyników otrzymanych u badanych o skórze zdrowej. Na 30 badanych, okazujących wypryski, tylko 3 osoby okazały krzywe prawidłowe, u 14 były krzywe typu C, a 13 miało krzywe typu B.

Podane obok zestawienie przedstawia wyniki tych badań:

Spomiędzy badanych przypadków wyprysków u ludzi pracujących ręcznie, liczny szereg wykazał wybitny związek powstawania schorzenia ze zmniejszoną odpornością skóry na działanie chemiczne, stykających się ze skórą podczas pracy, czy to materiałów służących do budowy, takich, jak wapno i cement, czy też używanych powszechnie w gospodarstwie domowym, jak mydło, soda, chlorek wapnia. Opis kilku przypadków najwybitniejszych to wykaże:

Mężczyzna 53-letni, murarz, zgłosił się dnia 2 kwietnia ub. r. z rozległymi zmianami na skórze obu rąk i przedramienia prawego. Cierpienie skórne rozpoczęło się, według podania chorego, na grzbiecie prawej ręki zaczerwienieniem skóry, które z początku oprócz nieznacznego świądu nie powodowało większych dolegliwości. Po pewnym czasie miejsce to poczęło sączyć, pokryło się strupami, a podczas pracy ulegało obrażeniu. Po kilku tygodniach zmiany się rozszerzyły i objęły tak palce ręki prawej, jak i dolną, zewnętrzną powierzchnię na długości około 1/3 przedramienia. Z powodu dolegliwości, jakie chory odczuwał, zgłosił się do Ubezpieczalni. Pod wpływem leczenia, przy przerwaniu pracy, w krótkim przeciągu czasu zmiany zmniejszyły się tak znacznie, że po kilkunastu dniach przerwy powrócił do zajęcia. Przy stosowaniu się do wskazówek udzielonych w Ubezpieczalni, choroba na skórze nie ulegała pogorszeniu i przez lato mógł pracować przy budowach. Jednak w miesiącach jesiennych i zimowych 1936 roku powstało pogorszenie i rozszerzenie się choroby na drugą rękę. Przy badaniu w szpitalu skóra na rozległej powierzchni obu kończyn górnych, zwłaszcza w obrębie zewnętrznej powierzchni rąk i przedramienia, przedstawiała się, jako mniej lub więcej zgrubiała, czerwonawa, sucha, nieznacznie się łuszcząca, a w kilku miejscach między palcami prawej ręki okazywała nieznacznie broczące, głębsze pękania naskórka.

Badanie zobojętniania ługu w miejscach zdrowych na przedramieniu prawym, po stronie wewnętrznej wykazało, że przy pierwszych oznaczeniach, czas zobojętniania dochodził do pięciu minut, a dalsze zobojętniania wymagały do dziewięciu minut. Powtórne badanie po upływie dwóch miesięcy, w których podczas wstrzymania się od pracy i leczenia wystąpiło znaczne polepszenie, a nawet częściowe ustąpienie zmian chorobowych, nie wykazało różnicy w przebiegu krzywej, wykreślonej według oznaczeń wykonanych.

W tym więc przypadku, tak samo, jak i w innych podobnych co do zmian chorobowych, badania przed i po leczeniu nie wykazały różnic w zobojętnianiu zależnych od istnienia zmian wypryskowych.

Badania u okazujących schorzenia skóry zawodowe.

L.p.	Imię i nazwisko	Rozpoznanie	Wynik badania krzywe
1.	Józef C.	wyprysk obu rąk	C.
2.	Stanisław L.	wyprysk prawej ręki	B
3.	Wanda M.	spryszczenie ręki i przedramienia prawego	B
4.	Antoni G.	wyprysk prawej ręki	C
5.	Zofia C.	wyprysk obu rąk	C
6.	Anna M.	wyprysk prawej ręki	C
7	Walenty B.	spryszczenie lewej ręki	B
8.	Eliasz D.	zapalenie skóry między palcami prawej ręki	N
9.	Józefa R.	wyprysk lewej ręki	B
10.	Maria M.	wyprysk obu rąk i przedramienia lewego	C
11.	Aleksander P.	wyprysk prawej ręki	C
12	Wiktor F.	wyprysk obu rąk	B
13.	Zygmunt D.	wyprysk obu rąk i przedramienia lewego	C
14.	Anna K.	wyprysk ręki prawej i przedramienia prawego	B
15.	Michalina B.	spryszczenie ręki prawej	B
16	Henryk L.	wyprysk obu rąk	C
17.	Stanisław B.	wyprysk prawej ręki	B
18.	Aleksandra F.	zapalenie skóry obu rak	N
19.	Józef S.	spryszczenie prawej ręki	B
20	Aniela N.	wyprysk obu rąk i przedramion	C
21.	Jan Z.	spryszczenie obu rąk	B
22.	Helena W.	spryszczenie lewej ręki	N
23.	Walenty O.	wyprysk obu rąk i przedramienia prawego	C
24.	Maria K.	zapalenie skóry prawej ręki	C
25.	Zygmunt S.	spryszczenio obu rąk	B
26.	Wiktoria P.	wyprysk prawej ręki	C
27.	Mojżesz L.	wyprysk obu rąk	B
28.	Antoni W.	wyprysk obu rąk	C
29.	Stanisława M.	spryszczenie ręki prawej	B
30.	Józef P.	wyprysk obu rąk	C

W innym przypadku, dotyczącym 35-letniej dozorczyni domu, zmiany chorobowe były umiejscowione nie tylko na grzbiecie obu rąk, ale także objęły zewnętrzną powierzchnię obu przedramion, zwłaszcza przedramienia prawego. Choroba na skórze, według wywiadów, rozpoczęła się przed rokiem, prawie w takiej samej rozległości, jak się przedstawiała przy zgłoszeniu do ambulatorium. Różnica polegała, według oświadczenia chorej, tylko w wyglądzie i w tym, że z początku choroba nie utrzymywała się stale. Najsilniejsze dolegliwości odczuwała chora przy praniu, którym od kilku lat się zajmowała. W czasie zgłoszenia się, przestrzenie skóry zajęte zmianami okazywały stan zapalny. Skóra na rękach i przedramionach, czerwono zabarwiona, była napięta, obrzękła. Na palcach i między palcami prawej ręki znajdowały się drobne pęcherze. Badanie miejsc wolnych od zmian i w pobliżu tychże wykazało, że czas zobojętniania w pierwszych sześciu oznaczeniach dochodził do czterech minut, w następnych oznaczeniach zobojętnienie rozczynu ługu występowało po sześciu minutach. Krzywa, według tych oznaczeń wykreślona, należała do typu B.

Badanie tym sposobem wykonane wykazało w obrębie zmian zapalnych różnice co do czasu zobojętniania w porównaniu z miejscami wolnymi od zmian. Czas zobojętniania był w miejscu zapalnym o dwie minuty dłuższy.

Trzeci przypadek, zasługujący na uwagę, dotyczył robotnika, liczącego 43 lata, a pracującego od szeregu lat w wapienniku. Pierwsze objawy choroby miały wystąpić, według podania chorego, przed półtora rokiem na skórze ręki prawej, na grzbiecie i na dłoni. Dolegliwości, jakie wówczas z tego powodu odczuwał, zmusiły go w kilka dni po rozpoczęciu się cierpienia na ręce, do przerwania pracy i leczenia się. Bojąc się utraty zajęcia powró-

cił do pracy przed ukończeniem leczenia. Pomimo, że starał się chorą rękę ochraniać przy pracy przez owijanie płótnem, choroba się pogarszała i rozszerzała. Po kilkunastu dniach zauważył, że choroba posunęła się poza staw nadgarstkowy na zewnętrzną powierzchnię przedramienia prawego. Leczenie, jak i przerwanie pracy trwały wówczas około sześć tygodni. Po powrocie do zajęcia otrzymał inną pracę przy wydobywaniu kamienia wapiennego. Przez kilka miesięcy nie miał żadnych objawów choroby. Gdy jednak z wiosną powrócił do poprzedniego zajęcia przy gaszeniu wapna, wystąpił nawrót cierpienia, nie tylko na prawej ręce, ale te same objawy ukazały się na ręce lewej.

Gdy dnia 22 kwietnia ub. r. chory zgłosił się do Szpitala, skóra obu rąk i dolnej części przedramienia przedstawiała stan silnego zapalnego zaostrzenia zmian wypryskowych.

Badania zobojętniania rozczynu ługu na zdrowym miejscu skóry, na przedramieniu, wykazało znaczne opóźnienie i na podstawie oznaczeń wykreślona krzywa należała do typu C.

Próba płatkowa z roztworu 10% mleka wapiennego wykonana na plecach, dała silny odczyn zapalny. Po kilku dniach, gdy odczyn zupełnie ustąpił, powtórzono tę próbę w miejscu odległym od poprzedniej próby, przy zastosowaniu 5% roztworu. I tu odczyn nie okazał się co do nasilenia słabszym od poprzedniego.

Badanie zobojętniania rozczynu ługu, działającego na powierzchnię skóry jest zarazem badaniem oporności powierzchni skóry wobec ciał, mających oddziaływanie alkaliczne. Zatem wykazane za pomocą takiego badania znaczne opóźnianie w zobojętnianiu rozczynu ługu, czyli otrzymanie krzywej o typie C jest wskaźnikiem, że skóra u badanego będzie przy częstym stykaniu się ze środowiskiem alkalicznym znacznie łatwiej i szybciej okazywać odczyny, jak u takiego, u którego badanie wykaże krzywą o typie N. Nasuwa się wobec tego wniosek, że zastosowanie tych sposobów badania może mieć znaczenie w ocenie zdolności wykonywania pewnych zajęć.

Badania te wskazują, że zobojętnianie, będące czynnością skóry, nie jest zależne od wydzielania potu. Również wydzielina gruczołów łojowych, znajdująca się na powierzchni skóry nie wpływa w żadnym kierunku na tę czynność skóry, która jest czynnością komórek naskórka. Największe znaczenie, jako czynnik, powodujący zobojętnianie, może mieć bezwodnik kwasu węglowego, jako przez ustrój stale wydzielany. Przez skórę przecież przechodzą na zewnątrz znaczne ilości bezwodnika węglowego, gdyż według Gerlacha 1 cm^2 powierzchni skóry wydziela w godzinie od 1—3 cm^3 CO_2.

Wyniki moich badań, zgodne z doświadczeniami Burckhardta, dają się ująć w kilka następujących wniosków:

1. Do czynności skóry zaliczyć należy zobojętnianie na powierzchni skóry działających ciał o oddziaływaniu alkalicznym.

2. Ta czynność zobojętniania, będąca czynnością obronną skóry wobec ciał chemicznych o oddziaływaniu alkalicznym, posiada różnice osobnicze, nie jest u wszystkich równej siły. U osób starszych przeważna ilość badań wykazuje zmniejszenie tej czynności.

3. Czynność ta nie jest złączona z wydzielaniem się potu i jest czynnością komórek naskórka. Czynnikiem, który zobojętnia jest wydzielony przez skórę bezwodnik kwasu węglowego.

4. U osób okazujących wrażliwość skóry na działanie ciał o oddziaływaniu alkalicznym jest czynność zobojętniania zmniejszona. Nie jest więc ta wrażliwość pochodzenia alergicznego i polega na obniżeniu fizjologicznej obronnej czynności skóry wobec ciał alkalicznych.

Piśmiennictwo:

1) Burckhardt W.: 18 Jahresverslg. d. Schweiz. dermat. Ges. Juni 1934. — 2) Burckhardt W.: Arch. f. Dermat. 173, 1935. — 3) Heus E.: Mh. Dermat. 14, 1892. — 4) Jaeger H.: Bericht des VI. internationalen Kongresses für gewerbliche Schädigungen und Berufskrankheiten. — 5) J. Lenartowicz: Zarys chorób skóry. Str. 302, 304, 1936. — 6) Marchionini: Physikalisch chemische Untersuchungen an menschlicher Haut, Vortrag in d. Med. Ges. zu Freiburg 1927. — 7) Marchionini: Arch. f. Dermat. 159, 1928. — 8) H. Mierzecki: Przegl. Dermat. Nr 4, 1933. — 9) Miescher G.: Arch. f. Dermat. 173, 1933. — 10) Neugebauer O.: In Ullmann- Oppenheim- Rille — Die Schädigung der Haut durch berufliche Arbeit. Bd. 2. — 11) Ramel E.: Bericht des VI. internationalen Kongresses für gewerbliche Schädigungen und Berufskrankheiten. — 12) Rothman u. Schaaf: J. Jadassohns Handbuch. 1/2 — Die Chemie der Haut. — 13) Rost: Arch. f. Dermat. 138. — 14) Schmidtmann M.: Z. Exper. Med. 45. 714, 1925. — 15) J. Stopczański: Pol. Gaz. Lek. Nr 10 i 11. 1932. — 16) Waelsch: Arch. f. Dermat. 114, 1913.

Dr Henryk GOLDBERGER Kraków

Spostrzeżenia kliniczne dotyczące zapalenia pochwy wywołanego przez rzęsistek pochwowy

Z Oddziału III Ginekolog.-Położn. Szpit. św. Łazarza w Krakowie
Ordynator: Doc. dr J. Szymanowicz

Ze względu na znaczenie kliniczne pewnych postaci zapalenia pochwy oraz toczący się do ostatnich czasów spór o swoistość zakażenia wywołanego przez rzęsistek pochwowy — interesujemy się bliżej tą sprawą od prawie dwóch lat.

Badania zostały przeprowadzone na materiale Oddziału III Szpitala św. Łazarza, u 180 kobiet z zapaleniem pochwy, u których w 56 przypadkach (32%), udało się stwierdzić obecność *trichomonas vagin.*, oraz 48 kobiet klinicznie zdrowych, u których wykazano *trichomonas* w 4 wypadkach (8%). Najmłodsza chora liczyła 15, najstarsza 74 lat. Spośród nich 46 znajdowało się w ciąży.

Strona techniczna badań przedstawiała się następująco: wydzielinę z pochwy, pobraną na oczko drutu platynowego, a rozcieńczoną podwójną ilością fizjologicznego roztworu NaCl, ogrzanego do 37° oglądano w zwykłym preparacie niebarwionym lub w kropli wiszącej. Materiał był, o ile możności, pobierany z głębi pochwy, preparat zaś oglądany bezpośrednio po pobraniu. W obrazie drobnowidowym rzęsistek przypomina kształtem i wielkością ciałko białe, choć zwykle jest od niego większy. Można go jednak łatwo rozpoznać dzięki witkom, tam zaś — co się bardzo często zdarza — gdzie witek nie ma, dzięki samoistnym energicznym ruchom. Ruchy te utrzymują się często do dwu lub więcej godzin, widziałem jednak przypadki, gdzie ustawały już po kilku minutach. Witki giną zazwyczaj bardzo szybko. Fakt ten tłumaczy konieczność natychmiastowego badania pobranego materiału.

Cechy kliniczne zapaleń pochwy, w których stwierdza się obecność rzęsistka pochwowego, są bardzo charakterystyczne i pozwalają w olbrzymiej większości przypadków na postawienie trafnego rozpoznania jeszcze przed badaniem drobnowidowym. Są to: bardzo obfite, rzadkie, pieniące się upławy o zabarwieniu żółtawym lub zielonawym. Mają one swoistą woń przypominającą zjełczałe masło — wywołują silne objawy zapalne w pochwie, łatwość krwawienia śluzówki przy badaniu, często ubytk błony śluzowej. Równie silne zmiany zapalne występują na sromie, kroczu i po wewnętrznej stronie ud. Przy zbieraniu wywiadów o upławach słyszy się często zdania zupełnie niezgodne ze stanem przedmiotowym, uzależnione od środowiska, z jakiego dana kobieta pochodzi i od osobistego pojęcia o czystości. U kobiet czystych i wrażliwych słyszy się o obfitych upławach tam, gdzie obiektywnie prawie nic się nie stwierdza, inne znowu nie skarżą się wcale, mimo obfitych upławów i wyraźnych zmian zapalnych. W przypadkach jednak, o których mówię, słyszy się zwykle bardzo gwałtowne narzekania, czasem nawet mowa o samobójstwie, szczególnie wtedy, gdy dana kobieta leczyła się już od dłuższego czasu bez żadnego skutku. Choroba ta jest dla dotkniętych nią kobiet prawdziwym krzyżem i niedawno była takim samym krzyżem dla ordynującego lekarza. Wyrażenie *„crux medicorum"* co do tej choroby powtarza się w piśmiennictwie bardzo często.

Zanim przejdę do omawiania leczenia nadmieniam, iż prawie wszystkie przypadki były równocześnie badane na rzeżączkę — z wynikiem dodatnim w 6 przypadkach (10%).

Środki lecznicze, które stosowaliśmy pragnę podzielić na 2 grupy: grupa *pierwsza* obejmuje środki, które są swoiste, mianowicie Devegan Bayera, oraz Fluarsol dostarczony nam w ostatnich miesiącach dla celów doświadczalnych przez firmę Spiess. Składa się on z 5-wartościowego arsenu Stovarsolu, węglowodanów i skrobii. Grupa *druga* obejmuje wszystkie inne środki stosowane ogólnie przy zapaleniach pochwy.

Te ostatnie środki w ogóle zawodzą. Wyleczenie zupełne i trwałe widziałem tylko w 4 przypadkach (7%). W innych wypadkach mogłem dostrzec jedynie przejściową poprawę, lub brak wyniku, albo nawet pogorszenie sprawy chorobowej.

Po stosowaniu Deveganu i Fluarsolu — trudno mi podać zupełnie ścisłe cyfry ze względu na to, że część kobiet przerwała leczenie, część zaś nie zgłosiła się do badań kontrolnych. Przypuszczam jednak, że będę bliski prawdy, jeśli te uciekinierki zaliczę do przypadków wyleczonych, właśnie ze względu na fakt niezgłoszenia się więcej. Co do reszty przypadków, to u 14 chorych przeprowadzałem całe leczenie sam, reszta leczyła się w domu wedle otrzymanych wskazówek, zgłaszając się tylko dla kontroli.

Leczenie odbywało się w ten sposób, iż po dokładnym oczyszczeniu pochwy za pomocą 8% rozczynu *Natr. bicarbon.*

lub *Kalii hypermang.* albo *ac. lactici,* zakładałem w sklepienie 2 pastylki Deveganu lub Stovarsolu po zwilżeniu wodą ze względu na lepszą rozpuszczalność, a następnie tampon, z poleceniem usunięcia tamponu oraz zastosowania kąpieli nasiadowych na drugi dzień z rana. Leczenie takie stosowałem — bez względu na wcześniejszy dodatni wynik — przez jeden miesiąc. Roczczyn *Natr. bicarb.* uważam za celowy ze względu na to, że *trichomonas* źle się rozwija na alkalicznym podłożu.

Poprawa kliniczna występuje zazwyczaj już po paru dniach, równolegle z nią znikają rzęsistki. Żaden z leczonych przeze mnie przypadków nie wymagał leczenia dłuższego, niż jeden miesiąc. W 2 przypadkach zaobserwowałem po kilku miesiącach nawroty, które dały się łatwo wyleczyć.

Nieco gorzej przedstawiała się sprawa, gdy same chore przeprowadzały leczenie. Szło ono wtedy nieco leniwiej i oporniej. Nie natknąłem się jednak na żaden przypadek zupełnie oporny. Między Deveganem a Stovarsol vag. nie zauważyłem żadnej różnicy w skuteczności działania.

Wnioski

1. Rzęsistek pochwowy wywołuje bezpośrednio zapalenie pochwy. Przemawiają za tym spostrzeżenia kliniczne, jak: a) jego obecność w dużej ilości przy zapaleniu pochwy i zanikanie w miarę postępów leczniczych, b) swoistość leczenia i c) spostrzeżenia z patologii innych narządów, w szczególności z narządu moczowego i pokarmowego.

Potwierdzają to również prace doświadczalne, gdzie udało się uzyskać kultury rzęsistka oraz przeszczepienia (Wittvogel, Wagner) na człowieka. Zarzuty, iż rzęsistek nie może sam wywoływać zmian zapalnych, gdyż spotyka się go także w pochwach zupełnie zdrowych, należy odrzucić jako zupełnie bezpodstawne, choć pochodzą od autora tak poważnego, jak Jaschke. W patologii można znaleźć nieskończoną ilość przykładów na to, że pierwotniaki lub bakterie żyją do czasu w pewnych narządach, nie dając żadnych objawów, pod wpływem zaś pewnych bodźców, korzystnych dla siebie lub niekorzystnych dla ustroju gospodarza, mogą wywoływać najcięższe schorzenia.

2. Swoistym leczeniem dla zapalenia rzęsistkowego pochwy jest 5-wartościowy arsen w połączeniu ze związkami węglowodanowymi, które regulują chemizm pochwy.

3. Jest bardzo wskazane, aby przy leczeniu, szczególnie w uporczywych przypadkach, całe leczenie przeprowadzał sam lekarz. Wielka część kobiet utrudnia bowiem, nawet uniemożliwia zupełne wyleczenie z powodu nieumiejętności lub niedbalstwa, sama zaś sprawa chorobowa jest na tyle ciężka i przykra, że w zupełności usprawiedliwia osobiste zajęcie się nią przez lekarza.

Na koniec pragnąłbym dodać, iż w przypadkach klinicznie podejrzanych, należy leczyć swoiście nawet przy ujemnym badaniu drobnowidowym, ponieważ udawało się nieraz uzyskiwanie kultury z materiału, w którym uprzednio rzęsistków w preparacie nie wykrywano.

Piśmiennictwo:

Bender W.: Arch. Gynäk. 159. H. 2. 1936. — Fijałkowski: Pol. Gaz. Lek. Nr 4. 1936. — Fukushima: Zbl. Gynäk. 58. 1934. — Hajek: Med. Klin. 1. 1935. — Hees: Zbl. Gynäk. 35. 1934. — Hettche-Bender: Zbl. Gynäk. 16. 1934. — Hoehne: Zbl. Gynäk. 16. 1916. — Jaschke-Menge: Arch. Gynäk. 185. — Köhler: Halban-Seitz. S. 132. II. — Loeser: Zbl. Gynäk. 17. 1920. — Rodecurt: Z. Geb. 107. 1934. — Szendi: Arch. Gynäk. 162. H. 3. 1936. — Werbatus-Kritschewsky: Arch. Gynäk. 160. H. 1. 1935. — Wittvogel: Arch. Gynäk. 159. H. 5. 1935.

Witold ŁUCZYŃSKI Lwów

Tzw. przedskurczowy szmer w pewnych przypadkach czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej

Przysłuch nad końcem serca wykazuje w niektórych przypadkach szmer o wybitniej lub słabiej zaznaczonym charakterze nasilenia *(crescendo),* przechodzący bezpośrednio w krótki ton skurczowy, na którym gaśnie ostatni akcent nasilenia. Godne uwagi jest, że szmer ten, uważany za patognomiczny przede wszystkim dla zwężenia lewego ujścia żylnego, można słyszeć właśnie nad takim sercem, w którym się nie ma żadnych danych do przyjęcia powyższej wady. Przeciwnie, musi się ją wykluczyć.

Szmer ten *crescendo,* wyraźnie ograniczony do skurczowego okresu serca, może być mniej lub bardziej miękki albo chropawy, trwanie jego niekiedy wprost chwilowe, niekiedy stosunkowo dość długie, ton skurczowy albo nagle urwany i do złudzenia naśladujący stan w zwężeniu zastawki dwudzielnej, albo bardziej okrągły, ale zawsze tak akcentowany, że ostateczne nasilenie akcentu na nim się kończy, a warunki, w których szmer ten się pojawia, są najróżniejsze. Gdy więc u jednych słychać go w spoczynku, to u drugich występuje jedynie po wysiłku fizycznym, niekiedy pojawia się tylko w położeniu leżącym, kiedy indziej w postawie stojącej, nigdy zaś nie odznacza się tą stałością, jaka znamionuje szmery podobne przy zwężeniu lewego ujścia żylnego. Nawet u jednego i tego samego osobnika nie okazuje jakiejkolwiek stałości w czasie i brzmieniu.

Jest rzeczą wiadomą, że niektórzy klinicyści uważają ten tzw. przedskurczowy szmer za tak znamienny dla rozpoznania zwężenia lewego ujścia żylnego, że Plesch (1) pisze między innymi:

„In Anbetracht der ausserordentlichen Seltenheit der Trikuspidalstenose, werden wir also nicht fehlgehen, wenn wir nur aus diesem akustischen Phaenomen (tj. *crescendo.* Przyp. wł.) *ohne weiteres auf das Bestehen einer Mitralstenose schliessen".*

Tymczasem Mackenzie (2) w swoim podręczniku o chorobach serca, pisząc już kilkanaście lat przed Pleschem o szmerze przedskurczowym w przypadkach zwężenia ujścia lewego żylnego powiada tak (podaję w dosłownym przekładzie):

„W bardzo nielicznych przypadkach słyszałem krótki szmer *crescendo,* wyprzedzający ów krótki *Snap* (tj. ostro urwany skurczowy ton. Przyp. wł.), natomiast krzywa żylna wskazywała, że w tym właśnie czasie nie było skurczu przedsionka.

Wnoszę z tego, że piszący o tym temacie autorowie nie wyróżnili dwu różnych stanów. Jak właśnie wykazałem — pisze Mackenzie dalej na innym miejscu — są na to zupełnie pewne dowody, że przedskurczowy szmer powstaje przez skurcz przedsionka. Ale gdy skurcz przedsionka jest jednym źródłem, to z drugiej strony jasnym jest, że w pewnych przypadkach węzłowego rytmu musi być inna przyczyna...".

Wolferth, Wood, Margolies (3) podali trzy przypadki ostrego zawału mięśnia sercowego, ze szmerem przedskurczowym nad okolicą zastawki trójdzielnej, natomiast Reid (4) wspomina, że Phear przy 46 sekcjach chorych, u których za życia słychać było wybitnie szmer przedskurczowy, nie stwierdził żadnych znamion zwężenia lewego ujścia żylnego.

W niniejszym artykule chcę przedstawić wyniki moich spostrzeżeń, dotyczących takich właśnie przypadków, w których nad sercem stwierdziłem wyraźny szmer *crescendo,* przechodzący w krótko urwany skurczowy ton nad końcem serca, mimo, że wyniki badania wskazywały na pewno, że nie ma się do czynienia w tym razie ze zwężeniem lewego ujścia żylnego.

Zebrałem 17 tego rodzaju przypadków, możliwie czystych, tj. takich, w których wywiad nie wskazywał przebytych stanów pozapalnych wsierdzia, a w badaniu radioskopowym nie było ani znamion powiększenia przedsionków lub prawej komory, ani typowej dla zwężenia lewego ujścia żylnego konfiguracji serca, albo innych, znamiennych dla tej wady danych klinicznych.

Przypadki te, których historia choroby podana jest pokrótce na końcu publikacji, pochodzą z mego lekarskiego ambulatorium, a analiza ich przedstawia się, jak następuje:

Co do płci, było 63,3% kobiet, a 37% mężczyzn, przy czym w wieku od 27—44 lat było — o wieku przeciętnym 38 lat — 45% osób, zaś w latach 45—63 — o przeciętnym wieku 53 lat — 55% osób. Przeciętny ciężar badanych wynosił 67 kg, przy przeciętnym wzroście 167 cm.

Wskaźnik stosunku szerokości klatki piersiowej w obrazie radioskopowym do poprzecznej osi serca (Th. : Tr.) przedstawia się następująco:

Wskaźnik	Odsetek	
2,30	5,80	
2,0	35,4	
1,88—1,80	23,6	
1,78—1,73	17.6	35.2
1,65—1,50	17.6	

W powyższym zestawieniu są zatem wszystkie wielkości serca.

Co do konfiguracji serca, to okazuje się, że tylko w 18% nie stwierdziłem przerostu lewej komory, natomiast w 82% przerost ten był mniej lub bardziej wyraźny, z tych zaś 39% serc wykazywało typową konfigurację aortalną. Nawet przypadki o wskaźniku 2,0 także tutaj należą.

Przerost komory lewej można zatem uważać w naszych przypadkach za znamię przeważające.

Obraz tętna daje następujące zestawienie:

Częstość tętna 72 w minucie stwierdzono tylko w 5,8%, częstość 84—90 w 41,2%, częstość 96—120 w 53%, ogółem tętno przyśpieszone w 94,2%, przy czym muszę podkreślić, że ani w jednym z tych przypadków nie stwierdziłem arytmii.

Zatem przyśpieszone, równe tętno, stanowi drugą przeważającą cechę.

Wartość szerokości tętnicy głównej wahała się (oznaczana w obrazie skośnym prawym przednim): 3,0—3,5 cm w 35,7%, 4,2—6,5 cm w 64%. Przeważa zatem obraz tętnicy głównej, szerokiej.

Ciśnienie tętnicze w tętnicy ramieniowej (oscylometrycznie) obrazuje następujące zestawienie:

Poziom ciśnienia	Przeciętna rozpiętość	Odsetek
120 mm Hg	50	5,8
130—140 mm Hg	60	11,6
150—180 mm Hg	85	70,8
200—240 mm Hg	108	11,8

Wysoki poziom ciśnienia krwi przy prawidłowej rozpiętości ciśnienia jest trzecią, wspólnie przeważającą cechą. Chcę podkreślić, że wartość 120, którą tylko w jednym przypadku stwierdziłem (Nr 8318) muszę uważać, wobec konfiguracji wybitnie aortalnej serca i zachowania się ciśnienia po wysiłku fizycznym, za wartość chwilowo obniżoną.

Stany podmiotowe chorych dotyczyły w 67% uczucia osłabienia, duszności przy wysiłkach fizycznych, męczenia się, jako skargi zasadnicze, obok różnych sensacyj w okolicy serca. Druga grupa chorych w odsetku 33% podawała przeważnie skargi na duszność i jedynie w spoczynku, pieczenie i bolesne skurcze w okolicy serca, palpitacje, sensacje, zwłaszcza mrowienie, w kończynach górnych, niekiedy dolnych albo w całej połowie lewej klatki piersiowej. Ekg sporządzony w jednym z takich przypadków (Nr 8387) stwierdził zatokowe przyśpieszenie i przewagę lewej komory serca, w drugim (Nr 8579) obniżenie ST I, ST II i głębokie Q III.

Jeden z badanych (Nr 8485) zmarł z powodu ropnia mózgowego w prawym płacie ciemieniowym, a autopsja (przeprowadził prof. dr N o w i c k i) wykazała: miernego stopnia zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej, przerost komory prawej i lewej, miąższowe zwyrodnienie narządów, natomiast *zastawki przedsionkowo-komorowe nie przedstawiały żadnych zmian, nawet w badaniu mikroskopowym,* któremu były poddane.

Z powyższego zestawienia podmiotowych danych i przedmiotowych wyników badania wynika jasno, że są to dwa obrazy serca: jeden, to serce z mniej lub wybitnie zaznaczonym rozszerzeniem mięśniowego pochodzenia lewej komory i podmiotowymi stanami, wśród których wybijają się objawy niewydolności mięśniowej serca, drugi, to serce z nieznacznym przerostem lub prawidłowe, z objawami podmiotowymi, uwypuklającymi raczej znamiona natury nerwowo-naczyniowej.

Szeroka tętnica główna i często stwierdzane zmiany miażdżycowe miernego stopnia, wynik badania elektrograficznego, skargi na bóle, pieczenia i kurcze serca wskazują wprawdzie, że wśród przeważnej ilości naszych chorych należy przyjąć względną niedomogę tętnic wieńcowych serca, ale w żadnym z tych obrazów nie widać jakichś szczególnych, charakterystycznych danych, którym można by przypisać powstanie opisanego powyżej, tzw. przedskurczowego szmeru. Po prostu nasuwa się myśl, że może on powstać w każdym sercu przy hipertonii i szybkim tętnie.

Nie jest więc łatwą próba wyjaśnienia pochodzenia tego zjawiska.

Przede wszystkim pogląd, że szmer *crescendo* jest wynikiem skurczu przedsionków, nie da się utrzymać, gdyż z jednej strony twierdzenie, jakoby ten szmer znikał z chwilą pojawienia się migotania przedsionków upadło dzięki faktowi, że może on trwać nadal podczas migotania (A n t o n e l l i, G e r h a r d t, R o m b e r g i in.), a poza tym krzywe spółczesne elektrograficzne i kardiofonograficzne wykazują, że szmer tzw. przedskurczowy powstaje w czasie skurczu komór, mianowicie w pierwszym jego okresie napięcia, nie jest zatem szmerem presystolicznym, ale protosystolicznym (B r o k b a n k, D a v i s o n, H a m p e l l a, W e i t z).

Wracając do naszych przypadków, szmer *crescendo* jest niewątpliwie szmerem przygodnym, to jest czynnościowym, a nawet może nieorganicznym (podział francuskich klinicystów). Czynnościowy powstaje wedle nich skutkiem nieszczelności zastawkowej przy niewydolności mięśnia sercowego, nieorganiczny, o niewytłumaczonym pochodzeniu w zdrowym narządzie.

Przechodząc do wyjaśnienia samego mechanizmu szmeru w grupie przypadków, stanowiących większość w naszym zestawieniu, o znaczniejszym lub nawet rozstrzeniowym przeroście lewej komory, należy sobie uprzytomnić, że mięśnie brodawkowe tej komory, zwłaszcza zaś boczny mięsień brodawkowy, przyczepiają się na wolnej zewnętrznej powierzchni jej ściany i że, kiedy z końcem okresu wypełnienia jama komory ulega biernej rozstrzeni do tego punktu, który stanowi fizjologiczny punkt zwrotny w kierunku jej potencjalnej energii, w sercach o pewnej myastenii większej lub mniejszej miary może ona tę fizjologiczną granicę łatwo przekroczyć. Wtedy jest jasne, że razem z nią odsunięty zostanie mięsień brodawkowy również poza swoją fizjologicznie mu wyznaczoną granicę, co równa się skróceniu nitek ścięgnistych i przemieszczeniu w położeniu zastawek. Chociaż więc z końcem przedskurczu i z początkiem okresu napięcia, zastawki przedsionkowo-komorowe lewe pod wpływem czynnej roli mięśni przedsionkowo-zastawkowych zbliżają się ku sobie wolnymi brzegami i ustawiają się w tak zwanym zamknięciu supramarginalnym (D e C a s t r o (5)), to jednak zamknięcie to wobec skrócenia się nitek będzie leżeć *poniżej* jego fizjologicznej konieczności.

Z początkiem okresu wyparcia, kiedy następuje skurcz ścian komorowych, a powierzchnia wypukła i wklęsła, boczne mięśnie brodawkowe i pośrodkowy spajają się wzajemnie, muszą być zastawki przedsionkowo-komorowe w prawidłowych warunkach szczelnie zamknięte. Doświadczenia wykazują, że skrócenie nitek już o 1 mm wystarcza, aby spowodować nieszczelność zamknięcia. Odwrót krwi w tych warunkach ku przedsionkowi sprawia szmer, którego pojawienie się przypada wedle F r e y a i F r o m m a (6) równocześnie z rozpoczęciem się okresu wyparcia i który słyszy się często w przebiegu chorób zakaźnych jako szmer *decrescendo*, skutkiem czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Tymczasem u *hipertoników*, jak dowodzą spostrzeżenia M e n e n d e z a i O r i a s a (7), okres napięcia trwa stosunkowo krótko, natomiast przedłuża się okres wyparcia o 0,005—0,03 sek. Otóż wobec podniesionego ponad normę śródkomorowego ciśnienia skurczowego w sercu o nadciśnieniu, pracującym z hiperenergezą, ten stosunkowo *wcześnie* rozpoczynający się okres wyparcia sprawia, że z dużą siłą wytłaczany i ku przedsionkowi cofający się strumień krwi, przy *bardzo jeszcze znacznej w tej chwili różnicy ciśnień* między komorą a przedsionkiem na korzyść pierwszej, zachowuje mimo zetknięcia się z żywą siłą krwi spływającą do przedsionka, ten charakter stopniowego nasilenia, jaki znamionuje skurcz komory. Stąd jego *timbre crescendo*. Przyczynia się do tego chyżość krwi (w naszych przypadkach 94%, wybitne przyśpieszenie tętna) jako jeden z zasadniczych czynników powstawania przygodnych szmerów serca (R o l l y).

Szczelne zamknięcie zastawek przez wzajemne przyłożenie się ich górnych i wewnętrznych powierzchni szerokim szlakiem na siebie, następuje tu znacznie później, a z ich zamknięciem się znika szmer i nagle na szczycie nasilenia pojawia się, jako wyraz wibracji komorowej masy mięśniowej głośny skurczowy ton, którego początkowy odcinek przykryty był dotychczas przez szmer, jako zawierający drgania o większej częstości i dlatego uprzywilejowany dla akustycznych zdolności naszego ucha.

To przypuszczenie, które nazwałbym hipotezą mechaniczną, nie wyjaśnia jednak dwóch spraw: oto nie wyjaśnia powstania szmeru *crescendo* w przypadkach, w których nie można przyjąć rozstrzeni serca i nie tłumaczy jego stosunkowo łatwej zmienności. Dlatego uważam, że czynnik mechaniczny może tu być momentem pomocniczym. Zasadniczym natomiast jest czynnik biologiczny.

Z badań T o l d a, J a c q u e s a, a zwłaszcza M i c h a j ł o w a, wiemy, że część łączącego w sobie sercowe odgałęzienia nerwu błędnego i współczulnego splotu sercowego *(plexus cardiacus)*, albo lewego splotu wieńcowego (*plexus coronarius sin.*) przebija warstwę mięśniową serca i jako splot podwsierdziowy *(plexus subendocardialis)* oplata gęstą siecią nie tylko mięśnie brodawkowe, ale również *przechodzi na nitki ścięgniste,* towarzysząc im aż do ich miejsca przyczepu na zastawkach.

Poza tym stany podmiotowe i dane przedmiotowego badania uprawniają do przypuszczenia, że wśród hipertoników można przyjąć pewien niemały odsetek osób, z mniej lub bardziej zaznaczonymi objawami odchylenia od prawidłowości, bądź w głównym mechanizmie regulującym wzajemny stosunek napięcia układu sympatycznego i parasympatycznego, bądź w pewnym szcze-

gólnym nastawieniu w kierunku jednego z nich, pewnej grupy tkanek, która oddziaływa sama dla siebie, wyłamawszy się poniekąd z ogólnej karności ustrojowej.

Toteż przy nastawieniu ustroju w kierunku układu nerwowego, przede wszystkim współczulnego, czy to ogólnym, czy — że tak powiem — regionalnym, a mianowicie splotu sercowego, szczególniej zaś podwsierdziowego, każda podnieta, czy psychiczna, jak np. obawa o wynik badania, czy fizyczna, jak próba wysiłku, może się stać przyczyną wytrząśnięcia takiej ilości adrenaliny. Tu wspomnę o tzw. koniecznościowych czynnościach układu współczulno-nadnerczowego Cannona, wskutek czego nastąpi ostra zwyżka poziomu ciśnienia krwi z podniesieniem ciśnienia śródkomorowego. Zarówno w pierwszym, jak drugim razie wywołać to może energiczny skurcz mięśni brodawkowych i ścięgnistych nitek, a tym samym spowodować korzystne warunki dla odwrotu krwi i powstania szmeru, nadając mu, dzięki przedłużonemu okresowi skurczu *timbre crescendo*.

Ten właśnie czynnik neurotyczny wydaje mi się szczególnie ważny dla pochodzenia szmeru *crescendo*.

Jasne jest, że często i przez długi okres czasu powtarzający się obfity strumień krwi cofającej się ku przedsionkowi, musi skończyć się ostatecznie rozstrzenią lewego przedsionka. Do tego typu należy wiele przypadków zwężenia lewego ujścia żylnego, czyli pseudostenozy o nietypowej konfiguracji obrysów serca. Z czasem zbyt wielkie rozszerzenie przedsionka może spowodować nawet czynnościowe zwężenie lewego ujścia żylnego przez to, że przedsionek, opróżniając się bardzo powoli, opróżnia się zbyt późno. Naturalnie, że tego rodzaju daleko posunięte okresy, jak w ogóle przypadki ze znaczną bierną rozstrzenią serca, przedstawiają dla różniczkowego rozpoznania zupełnie niewdzięczne pole. Ale w początkowych okresach — naturalnie w grę wchodzą tylko przypadki o wysokim ciśnieniu — należy starać się rozpoznanie ustalić, co ważne jest nie tylko teoretycznie, ale także dla rokowania, a jeszcze bardziej dla leczenia. Niestałość szmeru przeciwnie, jak w zwężeniu lewego ujścia żylnego, w których szmer tzw. presystoliczny zmienia się co do nasilenia, ale nie co do charakteru, nietypowe postacie serca, niezaangażowanie prawego serca, tłumaczą się zupełnie innym mechanizmem krążenia. Brak zastoin płucnych i wątrobowych, brak śladów sinicy tętniczej, przeważnie rytmiczność tętna, cały szereg podmiotowych objawów innych aniżeli te, które podają chorzy przy zwężeniu lewego ujścia żylnego i inne dane wywiadowcze, wielkość amplitudy ciśnienia i in., a zwłaszcza kilkakrotna kontrola pozwolą zorientować się w rozpoznaniu. Nie rezygnuje się z pomocy elektrokardiogramu, który może się również przyczynić do rozjaśnienia sprawy.

W każdym razie należy zawsze pamiętać, że szmer tzw. przedskurczowy nie jest wyłącznie patognomonicznym dla zwężenia lewego, czy prawego ujścia żylnego lub niedomykalności zastawek kieszonkowych tętnicy głównej, jako szmer Flint-Grocco.

Kazuistyka

Tablica przedstawia liczbowe wartości przypadków. Poszczególne liczby ponad kolumnami oznaczają: 1. Nr historii choroby. K. Kobieta. M. Mężczyzna. 2. Wiek. 3. Waga ciała. 4. Wysokość. 5. Wymiar ort. lewej kom. 6. Taki wymiar prawej. 7. Wskaźnik stosunku szerokości klatki piersiowej w obrazie radioskopowym do osi poprzecznej serca. 8. Tętno. 9. Wymiar tętnicy głównej w skośnym pr. przed. 10. Ciśnienie krwi tętniczej, wartość najwyższa. 11. Rozpiętość ciśnienia (amplituda) w mm Hg.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
8579	K. 54	65	156	9.0	2,8	2,0	120	5,5	225	100
8528	K. 27	62	167	7,5	3,5	2,0	96		150	50
8485	M. 31	65	165	7,5	6,3	1,8	120	3,5	130	60
8478	K. 38	65	154	7,3	5,0	2,0	96	3,0	160	70
8452	K. 53	67	169	8,7	3,9	1,8	96	4,8	170	100
8419	M. 41	73	177	8,0	4,5	2,0	72	4,7	150	80
8415	K. 42	63	161	8,5	4,2	1,8	96	3,0	180	90
8407	K. 54	70	158	8,3	5,0	1,65	90	4,2	160	100
8398	M. 35	76	169	9.0	4,5	1,74	90	4,8	155	95
8394	K. 44	54	161	8,3	2,5	2,3		3,2	140	70
8387	M. 46	69	168	9,7	3,8	1,88	96		160	70
8373	K. 43	65	158	9.3	4,2	1,73	120		170	105
8318	M. 46	67	160	8,0	4,0	2,0	90		120	50
8268	M. 63	70	154	12,5	5,0	1,5	90	6,5	180	70
8133	K. 52	75	155	8,2	3,8	2,1	84	4,0	240	110
8158	K. 52	74	174	8,8	3,8	1,8	88	5,0	170	120
7849	K. 50	75	163	10,5	4,0	1,6	84	4,5	200	110

W przypiskach poniżej tabeli są umieszczone najważniejsze dane historii choroby. Przy każdym z przypadków rozumie się szmer *crescendo* z krótkim tonem skurczowym. A. — anamneza. S. — skarga. O — stan przedmiotowy.

Przypiski do Nru

8579. A. Dur brzuszny. Oper. cysty jajn. w 34. r. życia. S. Duszności spoczynkowe. O. *Cor aortale. Dilat. et. elong. aortae.* Szmer *cr.* tylko w pozycji leżącej. Wątroba tkliwa.

8528. A. Migdałki wyłuszczone w 21 r. ż. Poza tym nie chorowała. S. Stany osłabienia, duszności, palpitacje serca. O. Hipertr. lewej kom. Szmer *cresc.* tylko po wysiłku.

8485. A. *Encephalitis* w dzieciństwie, po płonicy. S. Uciskowe bóle w okolicy serca. Silne osłabienie. Sensacje i uczucie niedowładu w kończynach górnych. O. Zmarł w 3 tyg. skutkiem abscesu mózg. w płacie ciemieniowym. Sekcja (przeprowadził prof. dr Nowicki) wykazała co do serca: przerost kom. prawej i lewej, miernego stopnia zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej. Zwyrodnienie miąższowe narządów. Żadnych zmian na zastawkach mimo mikroskopowego badania nie wykryto.

8478. A. Nie chorowała. S. Bolesne skurcze serca. O. *cor aortale* o dużej lewej komorze. Wątroba niebolesna.

8462. A. Nie chorowała. S. Duszności przy ruchu. O. Nie ma przer. lewej kom. Serce praw. Szmer *cresc.* znika w pozycji leżącej. Akcent rozk. tonu nad tętnicą główną. Zdwojenie zaznaczone nad rozk. tonem nad końcem.

8419. A. Nie chorował. S. Miewał osłabienia. Poza tym nie czuje się źle. O. Nie ma przer. lew. kom. Serce prawidłowe. Wątroba tkliwa. Szmer *cresc.* o charakterze miękkim, tylko po wysiłku fizycznym.

8415. A. W wieku dziecięcym płonica i poporodowe zakażenie. S. Męczy się przy ruchu. O. Serce workowate. Wątroba tkliwa.

8407. A. W dzieciństwie płonica i niedokrewność. W 37 r. ż. operacja nowotworu piersi. S. Bóle na mostku. O. Wybitny przerost lewej kom. serca ekscent. Szmer *cresc.* dość słaby, słyszalny nad końcem i w III *sp. int. sin.*

8398. A. Anginy gardła i nieżyt przewodu pokarmowego. S. Przychodzi do kontroli. Siły dobre. O. Serce aortalne. Szmer *cresc.* tylko w spoczynku. Wątroba niebolesna.

8394. A. Prócz błonicy (?) w dzieciństwie nie chorował. S. Silne bóle sercowe, kurczowe, duszności przy ruchu. O. Serce pionowo ustawione. Szmer *cresc.* znika w pozycji leżącej.

8387. A. Płonica w dzieciństwie. S. Palpitacje serca, palenie w sercu, brak tchu. O. Bardzo wybitny przerost ekc. lewej kom. Wątroba bolesna. Szmer *cresc.* po ruchach znika i przechodzi w *descrescendo*. EKG: tachykardia zatokowa. Przewaga lewej komory.

8373. A. W dzieciństwie dur brzuszny. *Cholecystopathia*. S. Silne osłabienie, palpitacje serca, duszności przy ruchu.

8318. A. Nieżyt płuc przed 5 laty. Poza tym zdrów. S. Pieczenie w okolicy serca i ból. Palpitacje. Uczucie zamierania całej połowy klatki piersiowej. O. *Cor* wybitnie aortalne. Po ruchu podnosi się ciśnienie z 120 na 190, najniższe spada do 0, tak, że ampl. wynosi 190.

8268. A. Nie chorował. S. Przychodzi do kontroli. O. Wybitne *cor* aortalne. Przerost lewej komory ekscentryczny. Akcentowany rozkurcz nad tętnicą główną. Szmer *cresc.* znika w pozycji leżącej, po ruchu przechodzi w czysty ton skurczowy.

8133. A. Nie chorowała. S. Osłabienie, palpitacje serca, duszności w spoczynku. Wybitny przerost lewej komory. Wątroba tkliwa. Ślad. obrz. podudz. Chory badany przed 5 miesiącami miał nad końcem wyraźny szmer skurczowy o charakterze muzycznym. Przy ponownym badaniu szmer muzyczny zastąpiony szmerem *crescendo*.

8158. A. *Appendectomia. Cholecystitis.* S. Osłabienie, palpitacje, duszności. O. Przerost lewej komory ekscentr. Wątroba tkliwa. Akcent rozkurczowy nad tętnicą główną. Szmer *cresc.* znika w pozycji leżącej.

7849. A. Nie chorowała. S. Lęk, uderzenia krwi do twarzy. O. Wybitny przerost ekscentr. lewej komory. Wątroba tkliwa. Lekko zaznaczone rozdwojenie rozkurczowego tonu nad tętnicą płucną. Szmer *cresc.* tylko po ruchu.

Piśmiennictwo:

1) Plesch: Die Herzklappenfehler. Kraus-Brugsch. Spez. Path. u. Ther. IV. Bd. — 2) Mackenzie J.: Lehrb. der Herzkrankheiten. Berlin 1910. Przekład: Grote. — 3) Wolferth,

Wood, Margolies: Amer. J. med. Sc. 1933. Ref. w Z. f. Krf. Frsch. 1934. — 4) Reid: Journ. of the Am. Ass. 1921. Ref. w Z. f. Herz u. Gef. Kr. 1921. — 5) De Castro: Cuore e circol. 1928. Sul cosi dello rumore presystolico della stenosi mitralica. — 6) Frey i Fromm: Zeitschr. f. Kreisl. f. 1929. — 7) Menendezo i Oriaso: Rev. argent. Card. 1935. Ref. w Z. f. Krf. F. 1936.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Dr Apolinary RUDZKI. Kierownik Szpitala Państw. w Słonimie

W sprawie choroby raka, jako zagadnienia społecznego

Referat, wygłoszony dnia *29* listopada 1937 r. w Słonimie na zjeździe lekarzy powiatowych województwa nowogródzkiego

Choroba raka stanowi jedno z głównych zagadnień nie tylko medycyny teoretycznej i klinicznej, ale również medycyny społecznej. Walka z rakiem jest walką o podniesienie zdrowia społeczeństwa, jest walką o podniesienie jego sił materialnych i duchowych. Toteż naturalnym się staje, że walka ta dorasta do ważnego zadania społecznego i że celem lepszego wydatniejszego w skutki jej przeprowadzenia, akcję tę w wielu krajach zaczynają ujmować w ręce czynniki państwowe, nadając jej system określony.

Rak jest chorobą bardzo częstą, chorobą ciężka. Najbardziej czynne okresy życia ludzkiego są nią dotknięte. Do legend należy zaliczyć przedawnione mniemanie, że rak jest chorobą wyłącznie wieku sędziwego. Rak zjawia się najczęściej u ludzi w pełni sił. Jeżeli długość życia ludzkiego podzielić na dwie połowy, pierwszą do 30 lat, a drugą od 30 lat i wyżej, to okaże się, że w pierwszej połowie życia przeciętna ilość zmarłych wskutek nowotworów złośliwych wynosi 1/2%; gruźlica w tym wieku daje 11% zgonów. W drugiej połowie życia przeciętna ilość umierających wskutek nowotworów złośliwych wynosi dla raka 17%, dla gruźlicy w tymże wieku 12%. Tak więc wśród ludzi, którzy przekroczyli 30 lat życia, śmiertelność wskutek raka jest wyższą, niż wskutek gruźlicy. Dla nich rak jest więcej niebezpieczny, niż gruźlica. Na podstawie tych danych należy odrzucić przestarzałe zdanie, że rak jest chorobą wyłącznie wieku sędziwego, i należy przyjąć, że rak przeważnie jest chorobą drugiej połowy życia ludzkiego.

Największą śmiertelność powoduje rak żołądka, przełyku, sutka i macicy. Rak w różnym wieku w sposób niejednakowy usadawia się w poszczególnych narządach. Rak żołądka i przewodu pokarmowego, z wyjątkiej kiszki stolcowej najczęściej występuje po 40 roku życia. Największą śmiertelność daje ta postać raka w wieku od 60—69 lat. Największa śmiertelność wskutek raka macicy i sutka przypada na wiek od 40 do 49 lat.

Na podstawie danych statystycznych różnych krajów wiemy, że na 100.000 mieszkańców umiera wskutek nowotworów złośliwych przeciętnie około 100, co zgadza się również ze statystyką przyczyn zgonów w większych miastach Polski. Dane te pozwalają przyjąć, że w Państwie Polskim roczna śmiertelność wskutek raka wynosi mniej więcej 30.000 zgonów. Tę poważną liczbę dr Łukaszczyk zwiększa do 35.000 zgonów.

Ilość chorych na raka będzie naturalnie większa i można ją również z dużym prawdopodobieństwem obliczyć dla naszego Państwa. Wiemy, że rak często jest chorobą długotrwałą. U młodych chorych rak ma przebieg szybki, a nawet błyskawiczny i może doprowadzić do zgonu w ciągu kilku miesięcy, u chorych starszych raki twarzy, u starych kobiet raki sutka niekiedy trwają szereg lat. Przeciętna długość życia chorego na raka jest obliczana od 1 1/2 do 3 lat. Biorąc za podstawę ten czas trwania choroby raka, można przyjąć, że ogólna ilość chorych na raka w Państwie Polskim wynosi mniej więcej 70.000. Te obliczenia nie są ścisłe i mają znaczenie orientacyjne. Wskazują one jednak, jak poważnego znaczenia społecznego nabiera choroba raka, będąca z jednej strony bardzo często przyczyną zgonu, a z drugiej strony powodująca 70-tysięczną zachorowalność.

Wypowiadano pogląd, że rak występuje częściej, niż przedtem. Zagraniczne statystyki, obejmujące początek bieżącego stulecia i koniec ubiegłego stulecia, wykazują prawie we wszystkich krajach wzrastanie zgonów wskutek raka. W 1920 roku na 100.000 mieszkańców było 100, a nawet i trochę więcej zgonów, w szóstym i siódmym dziesiątku lat ubiegłego stulecia było zaledwie 15—20 zgonów na 100. Na podstawie tych danych wyciągnięto wniosek, że choroba raka w ostatnich latach zdarza się częściej, że zachodzi tu jakieś zagrażające, nawet katastrofalne zwiększanie się tej choroby. Rzecznikiem tego poglądu był wybitny statystyk amerykański Hoffman, który ogłosił dane dotyczące wielkiego amerykańskiego towarzystwa ubezpieczeń na życie.

Jednak nie wszyscy podzielali ten pogląd i zaczęto wątpić, czy rzeczywiście te liczby dokładnie ujmują faktyczny stan rzeczy i czy nie są wynikiem jakichś błędów. Ostatnio dokonano dla sprawdzenia całego szeregu prac statystycznych, w których brali udział wybitni specjaliści (Zeller i inni). Ustalono między innymi, że należy uwzględniać czynnik wieku i że nie można obliczać ogólnikowo wszystkich zgonów, jak to czyniono przedtem.

Jeżeli porównać śmiertelność w pewnym okresie życia, np. w wieku od 50—60 lat w 1900 r. ze śmiertelnością ludzi w tym samym wieku w 1930 r., to okazuje się, że w ciągu ostatnich 30 lat w całym szeregu dużych miast, jak *Kopenhaga, Londyn, Paryż, Wiedeń i Nowy York* wzrostu śmiertelności na raka nie stwierdzono. Wynika z tego, że to wzrastanie choroby raka nie jest zjawiskiem istotnym i jest tylko rzekomym wzrastaniem. To rzekome wzrastanie zależy przeważnie od postępów, jakie poczyniła medycyna kliniczna w sprawie rozpoznawania raka, szczególnie raka przewodu pokarmowego. Chodzi bowiem o to, że olbrzymia większość chorych umierających z powodu raka dawniej była zapisywana do innych rubryk, a teraz zaczęto je zapisywać do właściwej rubryki nowotworów złośliwych.

Jak wiadomo, dane statystyczne o przyczynie zgonów uzyskujemy na podstawie dwu kategoryj źródeł. Jedną kategorię stanowią dane uzyskane na podstawie olbrzymiego materiału rejestracji przyczyn zgonów opartych o świadectwa lekarskie o śmierci, druga — to wyniki sekcji zwłok. Zaletą tej drugiej kategorii źródeł jest to, że dane sekcyjne są prawie bez błędów, czego nie można powiedzieć o świadectwach lekarskich dotyczących zgonu. Ale danych sekcyjnych jest niestety mało. Tak np. według Liecka sekcje zmarłych w Niemczech były dokonywane zaledwie w 5% wszystkich przypadków, co naturalnie obniża dokładność statystyki raka. Według Regaud sekcje dwa razy częściej stwierdzają obecność raka w porównaniu z ilością na podstawie świadectw lekarskich o śmierci. Teraz, kiedy w Niemczech w wielkich miastach związki lekarzy wzięły na siebie obowiązek zgłaszania przez lekarzy rozpoznanych nowotworów, należy oczekiwać, że wyniki takiego zgłaszania dadzą dokładniejsze dane, niż dotychczasowe statystyki niemieckie, oparte na nie zawsze pewnych rozpoznaniach.

Ale jeżeli porównać dane sekcyjne dawne i obecne, to okaże się, że nie ma zwiększenia zgonów z powodu raka. Pod tym względem Francuzi mają interesujące dane pochodzące ze Szpitala Paryskiego Tenon (dawniej Charité). Statystyka zgonów wskutek nowotworów złośliwych, zebrana na podstawie sekcyj w tym szpitalu za pięcioletni okres czasu od 1810 do 1814 roku i następnie o 100 lat później od 1910 do 1914 r. wykazuje, że śmiertelność wskutek nowotworów złośliwych utrzymuje się na jednym i tym samym poziomie, wynosząc 11—12% ogólnej liczby zgonów (Pietrow).

Chociaż więc zwiększenia niebezpieczeństwa raka nie ma, to jednak niebezpieczeństwo to jest poważne, gdyż śmiertelność z powodu nowotworów złośliwych zajmuje jedno z pierwszych miejsc. Rak stoi na *2—5* miejscu wśród przyczyn zgonów ludzi. Jeżeli weźmiemy wiek najbardziej owocnej działalności człowieka, to rak, jako przyczyna zgonu zajmuje *2—3* miejsce. W wielkich ośrodkach może zachodzić zwiększenie śmiertelności wskutek raka. Nie będzie to jednak istotne zwiększenie. Chodzi tu przede wszystkim o to, że wskutek lepszej pomocy lekarskiej w miastach zwiększa się tam długość życia, zmniejsza się śmiertelność dzieci i w ten sposób stwarzają się przesłanki dla wzrostu raka wśród osobników w wieku późniejszym. Według danych Mayo w Stanach Zjednoczonych Am. Półn. w 1810 r. przeciętna długość życia wynosiła 40 lat, w 1875 r. — 45 lat, a w 1927 r. — 50 lat. W związku ze zwiększeniem się długości życia wzrasta naturalnie również ilość chorób, właściwych późniejszemu okresowi życia, toteż wzrasta nie tylko częstość raka, ale również i innych chorób, np. serca, nerek. W tym oświetleniu staje się zrozumiały znany paradoks Wellsa, mówiący o tym, że „im lepszy jest stan zdrowotny danego kraju, lub miasta, tym większe jest niebezpieczeństwo raka". Wzrost śmiertelności w wielkich miastach wskutek raka nie jest tedy dowodem faktycznego zwiększenia się niebezpieczeństwa choroby, lecz uwypukla tylko trwałość odsetka śmiertelności raka w drugiej połowie życia.

Dotychczas panował ogólnie pogląd, że rak jest klęską społeczną, a nie chorobą społeczną. Według tego poglądu przyczyna raka nie tkwi w stosunkach społecznych i czynniki społeczne (zawód, odżywianie, mieszkanie) zaledwie w nieznacznym stopniu wpływają na powstanie raka (Wolff). Ostatnio Pie-

trow nie zgadza się z tym poglądem i uważa, że rak jest chorobą społeczną. Rak, według określenia onkologa tego, jest chorobą nieprzestrzegania higieny narządów. Dla udowodnienia swego zdania Pietrow przytacza następujące fakty. Rak zawodowy zależy od rodzaju wykonywanego zawodu; rak przewodu pokarmowego zależy od nieżytów przewlekłych tego przewodu, a te ostatnie od odżywiania nieracjonalnego; rak płuc jest wynikiem chorób zakaźnych płuc, które zależą od warunków pracy, wentylacji, gorąca i zimna; rak szyjki macicy zależy od blizn i nieżytów, powstałych po porodzie i od nadżerki części pochwowych. W tych przykładach przyczyny, od których zależy powstanie raka, są o charakterze społecznym. Ponieważ o możliwości przestrzegania zasad higieny decydują warunki społeczne życia, więc dopiero zmiana stosunków społecznych zapewnia korzystanie z życia higienicznego i tylko w ten sposób można dosięgnąć raka u jego podstaw i unicestwić go.

Przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej najważniejszym środkiem walki z rakiem jest wczesne rozpoznanie kliniczne i jak najwcześniejsze rozpoczęcie leczenia przez specjalnie przygotowanych do tego lekarzy. Jest to postulat kategoryczny i wszelkie odchylenia od niego mszczą się, pogarszając rokowanie w tej ciężkiej chorobie. Dla osiągnięcia tego wczesnego zwracania się do lekarza, decydującego o wyniku leczenia, stosowano różne metody uświadomienia, które dotyczą zarówno lekarzy, jak i publiczności. Z dotychczasowych metod uświadamiania należy wymienić: dokształcanie lekarzy, mające na celu pogłębienie ich wiedzy nie tylko o raku, lecz i o stanach przedrakowych, pouczanie specjalnie pielęgniarek, położnych, oraz bezpośrednie uświadamianie szerokich kół publiczności.

Jednak akcję bezpośredniego uświadamiania ludności nie można uznać za pozbawioną stron ujemnych. Lieck, opisując wszczętą przez niemieckiego ginekologa Wintera na początku naszego stulecia energiczną akcję propagandową w sprawie walki z rakiem macicy, podaje, że wskutek tej akcji wybuchła wśród kobiet Prus Wschodnich panika rakowa. Twierdzenie, że strach jest przyczyną pobudzającą do wczesnego zwracania się o pomoc lekarską, nie jest słuszne, według Liecka, i autor ten uważa, że strach, troski i smutek, upośledzając odporność ustroju mogą usposabiać w ten sposób do powstania raka przy sprzyjającym tle.

O wiele właściwszą metodę zwalczania raka obrał chirurg Läwen z Królewca, który od kilku lat na terenie Prus Wschodnich przeprowadza nie akcję propagandową, ale badanie masowe kobiet zdrowych w wieku od 30—70 lat na nowotwory sutka. Akcja ta jest przeprowadzana szeroko nie tylko w samym Królewcu, lecz w miasteczkach i nawet wsiach, obejmując kilka tysięcy kobiet zdrowych, które dobrowolnie zgłaszają się do badania. Te masowe badania zapobiegawcze zdrowych kobiet nie powodują ujemnych skutków psychicznych w postaci wyżej wzmiankowanej paniki rakowej. Stwierdzono, że w wielu przypadkach działają one nawet uspakajająco na psychikę kobiet, powodują ustąpienie *cancerophobii* tam, gdzie ona istnieje. Tenże chirurg Läwen uważa za pożądane wprowadzenie ustawowego przymusu obowiązującego badania kobiet zdrowych raz na rok, gdyż dobrowolne zgłaszanie się do badania zapobiegawczego nie obejmuje wszystkich kobiet i dlatego może być uwieńczone tylko częściowym powodzeniem. Słusznie dr Chodźko wskazuje na zapobiegawczy charakter tego projektu, dopatrując się w akcji zapobiegawczej możliwości skutecznego zorganizowania walki z rakiem.

Wydaje się nam, że akcja zapobiegawcza Läwena warta jest tego, by znalazła u nas w Polsce również zastosowanie. Naszym zdaniem należało by w tym celu, wzorem istniejących już kolumn przeciwjaglicznych zorganizować oddział składający się z wyszkolonego lekarza mającego do pomocy pielęgniarkę. Taka kolumna przeciwrakowa przeprowadzałaby masowe badania w terenie. Można by rozszerzyć zakres jej działania w tym sensie, że prowadziłaby ona badania również w kierunku raka i stanów przedrakowych nie tylko sutka, lecz i innych narządów, np. macicy, w której częstość występowania raka zajmuje jedno z pierwszych miejsc. W wypadku zorganizowania kolumny przeciwrakowej należało by zabezpieczyć niezamożnym chorym, zakwalifikowanym przez nią, leczenie w odpowiednim zakładzie leczniczym. Na początek można by było zorganizować jedną taką kolumnę i gdyby taka próba w zastosowaniu praktycznym w naszych warunkach okazała się celową przystąpić do tworzenia większej ilości kolumn.

Do środków zapobiegawczych zwalczania raka należy leczenie chorób przedrakowych. Jak wiadomo, szereg chorób usposabia do powstawania raka. Należeć tu będą nowotwory dobrotliwe sutka, nadżerka części pochwowej macicy, ukleje pęcherza moczowego, wrzód żołądka itd., z których to chorób rozwinąć się może rak. Istnieją znaczne pod względem ilościowym zastępy chorych przedrakowych. Szczególnie obfituje w nie ginekologia. Nadżerka części pochwowej szyjki często jest leczona w sposób niewłaściwy długotrwałym lapisowaniem, przez co zwiększa się możliwość przejścia jej w raka. Lapisowanie nadżerki jest podrażnieniem, chociaż nie swoistym, lecz szkodliwym, usposabiającym do możliwego zwyrodnienia złośliwego nabłonka. Lekarz powinien w takich przypadkach sam porzucić lapisowanie i winien nauczyć tego innych. Leczenie nadżerki należy prowadzić w odmienny sposób. Należy stosować proste, nie drażniące płukania pochwy i sączki, a jeżeli wyleczenie nie następuje i nadżerka zwiększa się, to należy dokonać operacji odjęcia części pochwowej szyjki jako środek zapobiegawczy przeciw grożącemu zwyrodnieniu złośliwemu. Nad sprawą leczenia części pochwowej zatrzymałem się nieco dłużej z uwagi na częstość występowania jej, jak i z uwagi na rozpowszechnienie lapisowania jej nie tylko wśród lekarzy, ale i wśród położnych.

Jeżeli chory ma owrzodzenie na języku, to należy usunąć ząb wywołujący to owrzodzenie, albo poprawić protezę, powodującą odleżynę lub owrzodzenie i tworzącą w ten sposób podstawę dla powstania raka.

Dla uniknięcia objawów zastoinowych, które są jedną z głównych przyczyn rozwoju raka, szczególnie w przewodzie pokarmowym, regularne opróżnianie przewodu winno być przedmiotem naszej uwagi w celach zapobiegawczych w powstaniu raka kiszki stolcowej. Jeżeli chodzi o częstego raka macicy, to również w celach zapobiegawczych należy dbać o wyleczenie nieżytu szyjki, pęknięć szyjki macicy, gdyż te stany chorobowe należy zaliczyć do stanów przedrakowych. W ogóle rak lubi usadawiać się tam, gdzie istnieje zastój, blizny i nieżyt. Leczenie tych spraw będzie zapobieganiem powstawaniu raka. O ile dziś jesteśmy jeszcze bardzo dalecy od tego, aby móc powiedzieć, żeśmy już owładnęli zapobiegawczymi środkami przeciwrakowymi, to wszakże przestrzeganie wymienionych wskazówek będzie pewnym postępem w tym kierunku i winno doprowadzić do obniżenia ilości chorych na raka.

Walka społeczna z rakiem za granicą rozwinęła się wysoko i już osiągnęła w niektórych krajach pewien system. Pod tym względem zasługuje na wyróżnienie spośród innych państw zagranicznych Szwecja, ciesząca się chlubną opinią, że akcję przeciwrakową zorganizowała u siebie bodaj najlepiej. W r. 1910 została stworzona w Sztokholmie specjalna klinika pod nazwą Radiumhemmet. Początkowo uzyskano z pomocą ofiarności publicznej kapitał na uruchomienie oddziału, mającego na celu badania naukowe raka i leczenie go energią promienną. Oddział ten, istniejący przez pierwsze lata dzięki prywatnej ofiarności kilku osób, przejęty został przez szwedzkie towarzystwo walki z rakiem w Sztokholmie. Równocześnie do jego rozwoju przyczyniło się wydatnie państwo, udzielając zapomóg. Mały oddział pod kierunkiem rentgenologa o światowej sławie, prof. Forsella, rozwinął się z biegiem czasu w dużą klinikę i stał się głównym ośrodkiem leczniczym chorych na raka w Szwecji. Istnieją w Radiumhemmet dwa oddziały. Jeden ogólny, drugi ginekologiczny. Obydwa oddziały mają łącznie 56 łóżek. Z biegiem lat otwarto na wzór Radiumhemmet podobne kliniki raka początkowo w Lund, a następnie w Göteburgu, obie posiadają pomieszczenie dla 25 chorych. W tych trzech klinikach skupia się leczenie chorych na raka w Szwecji. Podstawą organizacji walki z rakiem w Szwecji jest zasada, że o wiele lepsze wyniki leczenia uzyskać można w specjalnych klinikach raka, posiadających wyszkolonych lekarzy specjalistów, odpowiedni personel pomocniczy i wyposażonych we wszelkie środki i urządzenia techniczne lecznicze (należyte ilości radu, odpowiednie aparaty Roentgena, sale operacyjne), pracownie pomocnicze, jak anatomo-patologiczna, fizyczna, biura dla kontroli i statystyki, opiekę domową nad chorymi leczonymi — niż w poszczególnych pomniejszych oddziałach szpitalnych. Leczenie raka w Radiumhemmet jest przeprowadzane za pomocą radu i Roentgena. Kierunek leczenia chirurgicznego jest mniej uwzględniany. Doszczętnych zabiegów chirurgicznych w Radiumhemmet nie przeprowadza się. Leczenie chirurgiczne raka w Szwecji istnieje poza Radiumhemmet w licznych szpitalach. W miarę dopływu dalszych środków pieniężnych sprawę leczenia chorych na raka ujęto w pewien system, centralizując leczenie radem i Roentgenem. Instytucją centralną staje się stołeczna klinika Radiumhemmet, która jak również dwie pozostałe kliniki prowincjonalne została urzędowo uznana za ośrodek leczenia raka, gdzie mogą się leczyć wszyscy chorzy, a koszty leczenia i nawet przyjazdu ubogich pokrywa państwo. Chorym udziela się prócz tego zapomogi na utrzymanie rodziny w czasie, kiedy zarobkować nie mogą. Jak daleko jest posunięta opieka nad rakowatymi świad-

czy fakt, że celem umożliwienia wypoczynku chorym pomiędzy poszczególnymi okresami leczenia miasto Sztokholm wybudowało dom odpoczynkowy, gdzie chory na raka może otrzymać bezpłatny pobyt (Wyrobek).

Z powyższego widać, że Szwecja stworzyła wzór walki z rakiem, godny naśladownictwa.

W Polsce zwalczanie raka jest oparte prawie wyłącznie na organizacjach społecznych. W Warszawie istnieje instytut radowy im. Curie-Skłodowskiej, będący zakładem rozpoznawczo-leczniczym i naukowo badawczym, utrzymanym na bardzo wysokim poziomie.

Województwa wschodnio-północne obsługuje instytut przeciwrakowy w Wilnie, który pod kierownictwem prof. dr Pelczara rozwija stale swą owocną działalność.

Najmłodszą organizacją w województwach wschodnich jest stacja przeciwrakowa, uruchomiona niedawno przy szpitalu powiatowym w Pińsku. Początkowo było tam, prócz leczenia chirurgicznego, stosowane leczenie radem i w tym celu specjalista radolog dojeżdżał ze Lwowa parę razy na rok do Pińska na krótki okres czasu. Ostatnio zaczęto stosować również leczenie Roentgenem, co świadczy o rozwoju tej młodej placówki. Godne podkreślenia jest, że opłaty, pobierane w Pińsku od chorych na raka, są niskie. Wynoszą one 2 zł dziennie za pierwsze 3 dni leczenia radem, za dalszy pobyt w szpitalu pobiera się 4 zł dziennie. W naszych warunkach taka taryfa decyduje naturalnie o powodzeniu akcji.

Organizacja walki z rakiem u nas winna być tak poprowadzona, by polepszyła dotychczasowy stan rzeczy na tym polu, którego za zadawalający uznać nie można. Przede wszystkim winna ona udostępnić leczenie niezamożnym chorym i równocześnie zwiększyć ilość zwracających się o pomoc lekarską. Ilość chorych na raka, zgłaszających się do lekarza w stadium późnym, kiedy choroba jest w stanie zaniedbanym, jest u nas stanowczo za duża. Świadczą o tym poniższe dane, udzielone mi łaskawie przez dra Malinowskiego z przychodni ogólnej ośrodka zdrowia w Słonimie za r. 1935, z których wynika, że na ogólną ilość 10.392 chorych, którzy przeszli przez tę przychodnię, chorych na nowotwory złośliwe było 41. Jednak znaczna większość tych chorych (31) zgłosiła się do przychodni w stanie zaniedbanym i już na podstawie badania ambulatoryjnego była zakwalifikowana, jako nie nadająca się do operacji doszczętnej. Tylko mniejszość spośród tych chorych, na podstawie pierwszego badania była uznana za nadającą się jeszcze do leczenia chirurgicznego. Walka o poprawę tych stosunków, walka o zwiększenie ilości wcześnie zgłaszających się przypadków raka winna być jednym z głównych zadań akcji przeciwrakowej. Realizacja wyżej wspomnianej kolumny przeciwrakowej, naszym zdaniem, mogłaby poprawić te stosunki, wyławiając podczas masowego badania zarówno wczesne przypadki raka, jak i przypadki stanów przedrakowych.

Za niezadowalający należy uznać u nas również stan statystyki raka, która ma duże znaczenie dla organizacji walki z tą chorobą. Na podstawie danych urzędów stanu cywilnego, łaskawie udzielonych mi przez lekarza powiatowego w Słonimie dra Komornickiego wynika, że w r. 1936 w powiecie słonimskim zmarło wskutek raka tylko 37 osób, przy ogólnej liczbie zgonów 1879. Wydaje się nam, że ta statystyka zgonów wskutek raka nie odzwierciedla należycie stanu faktycznego, zmniejszając wybitnie ilość interesujących nas zgonów. Biorąc za podstawę, że na 100.000 umiera od raka 100, w naszym powiecie słonimskim przy ogólnej ilości z górą 120.000 mieszkańców, ilość zgonów wskutek raka można przyjąć za 2—3-krotnie większą od wymienionej. Zresztą lepszych danych statystycznych przy obecnym stanie rzeczy, kiedy obliczenia dokonywane są na podstawie rozpoznań choroby, ustalonych przez osoby z medycyną nic nie mających wspólnego (nawet oglądaczy zwłok w gminach naszego powiatu nie ma), nie można oczekiwać. Stan ten wymaga poprawy, gdyż na podstawie statystyki można opracować celowy plan walki z rakiem. W wypadku np. zorganizowania wspomnianej przez nas kolumny przeciwrakowej dane statystyczne będą decydować o wyborze miejscowości, które, jako najbardziej zagrożone tym lub innym usadowieniem raka najwięcej będą wymagać przeprowadzenia badania masowego.

Na zakończenie przytoczę wnioski uchwalone przez IV Ogólnopolski Zjazd do Walki z Nowotworami, który się odbył przed rokiem w Wilnie. Pierwszy wniosek: Zjazd prosi właściwe czynniki rządowe o udzielenie chorym na nowotwory bezpłatnych lub ulgowych przejazdów kolejowych z miejsca zamieszkania do instytucji leczniczej. Drugi wniosek: Zjazd domaga się urządzenia dla chorych na nowotwory specjalnych zakładów leczniczych w większych ośrodkach. Trzeci wniosek: Zjazd prosi o jak najszybsze uruchomienie środków z fundacji Potockiego na cele walki z nowotworami. Czwarty wniosek: Zjazd prosi w celu ujednostajnienia metody zwalczania nowotworów na terenie całej Polski o jak najrychlejsze utworzenie ogólnopolskiego komitetu dla zwalczania nowotworów. Piąty wniosek: Zjazd podkreśla konieczność organizacji specjalnych kursów dokształcających dla lekarzy w dziedzinie leczenia nowotworów.

Z powyższych wniosków widać, jakie potrzeby Ogólnopolski Zjazd uważa w obecnym stadium organizacji walki z rakiem za najważniejsze i w jakim kierunku powinno pójść ich spełnienie.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 7. 1938. Penson J.: Insulina a miażdżyca układu krążenia. — Lewinson S.: O uchyłkach pęcherza moczowego. — Abramowicz M. O zapobiegawczym leczeniu tężca przyrannego. — Merenlender I. J.: Co powinien lekarz-praktyk wiedzieć o leczeniu ważniejszych schorzeń skórnych i wenerycznych.

Medycyna Praktyczna. Z. 2. 1938. Orłowski W.: Odma opłucna lecznicza obustronna. — Bross W.: Chirurgia w szpitalach londyńskich. Wrażenia z pobytu w Anglii (c. d.). — Sieniawski J.: Badania zachowania się azotu pozabiałkowego i chlorku we krwi po zabiegach operacyjnych (c. d.). — Bross K.: W sprawie projektu ustawy przeciwgruźliczej.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 4. 1938. Alkiewicz T.: Cele i zadania organizacji zawodowej lekarskiej. — Wojciechowski A.: Znaczenie społeczne gimnastyki dla chorych. — Wolska M.: Praca lekarzy szkolnych w Warszawie.

Ginekologia Polska. T. XVI. Z. XI—XII. 1937. Bajoński: Daktyloskopia w położnictwie. — Altkaufer H. i Szejnberg H.: Przypadek raka pierwotnego trąbki. — Szenwic W.: W sprawie wartości rozpoznawczej szczepień śródskórnych w chorobach narządu rodnego kobiety. — Tomaszewski J.: Ustosunkowanie ilościowe grup serologicznych u noworodków. — Dering Wł.: W sprawie leczenia nadżerek.

Młoda Matka. Nr 4. 1938.

OCENY

Pod redakcją prof. dra R. Jürgensa, a nakładem Th. Steinkopffa ukazuje się zbiór prac z dziedziny schorzeń gośćcowych. W zbiorze tym, jako pierwszy tom pojawiła się praca: *Übungstherapie bei rheumatischen Erkrankungen (Leczenie ćwiczeniem w schorzeniach gośćcowych)*. P. KÖHLER. Str. VIII. + 100 i 22 rycin. Cena: 5 RM. Nakład: Th. Steinkopff, Dresden u. Leipzig 1938.

Autor, lekarz zdrojowy w Bad Elster, omawia na wstępie wskazania i przeciwwskazania dla przeprowadzenia leczenia ćwiczeniami schorzeń gośćcowych. Słusznie podkreśla, że często schorzenia innej natury, jak np. nowotworowe, są leczone jako gościec; dlatego też ścisłe postawienie rozpoznania jest pierwszym warunkiem tego leczenia. Następnym warunkiem jest ustąpienie okresu zapalnego. Ważne jest też określenie, czy chory ma być leczony spokojem, czy też ćwiczeniami. Skoro na podstawie badania klinicznego i badań pomocniczych, lekarz postanowił podjąć leczenie ćwiczeniami — należy rozważyć, czy istnieje możliwość poprawy i czy nakład czasu, pracy i pieniędzy zostanie dobrze zużyty; w tym celu należy dbać, aby leczenie prowadził sam lekarz a nie personel pomocniczy, ważna jest również współpraca chorego. Po tych wstępnych uwagach autor omawia fizjologię narządu ruchu: kości, stawów, ścięgien, mięśni i nerwów. Leczenie oszczędzające polega na odpowiednim ułożeniu chorego stawu, na stosowaniu bandaży, itd. Leczenie ćwiczeniami danych części ciała może być bierne (miesienie ręczne lub aparatami, miesienie w kąpieli) lub czynne. Tu należą ćwiczenia dla wzmocnienia siły mięśni przy pomocy drugiej osoby lub przy pomocy aparatów (Zander). Z kolei następuje omówienie znaczenia i techniki ogólnej gimnastyki, gimnastyki przy upośledzonej ruchomości stawu, ćwiczenia dla poprawy postawy chorego. Omawiając leczenie ćwiczeniami poszczególnych postaci schorzeń gośćcowych zapalnych i zwyrodnieniowych autor słusznie zaznacza, że w chorobie Bechterewa, przyśpie-

szone opadanie krwinek czerwonych nie jest przeciwwskazaniem do ćwiczeń czynnych i biernych. W ostatnim rozdziale książki są dokładne przepisy ćwiczeń dla poszczególnych stawów i w rozmaitych pozycjach ciała. Treść obfita i zwarcie ujęta, oparta na bogatym doświadczeniu autora daje dużo cennego materiału dla reumatologa-internisty, ortopedy i chirurga. Piśmiennictwa brak. Zauważyć można kilka drobnych błędów drukarskich.

Mester (Kraków).

Anleitung zur klinischen Analyse des infektiösen Rheumatismus (Wstęp do klinicznej analizy gośćca zakaźnego). A. SLAUCK. Str. VII + 78. Cena: 5 RM. Nakład: Th. Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1938.

Naczelny lekarz zdrojowiska krajowego i kierownik instytutu badawczego gośćca w Akwizgranie rozwija w tej monografii swój podział gośćca zakaźnego. Omawiając na wstępie szczegóły badania klinicznego, szczególną uwagę poświęca objawowi drgań włókienkowych mięśni, mechanizmowi ich powstawania i znaczeniu kliniczno-rozpoznawczemu. Autor pierwszy w piśmiennictwie stwierdził w schorzeniach gośćcowych drgania włókienkowe mięśni, utrzymujące się w gośćcu stawowym i pozastawowym, jako wynik istnienia w ustroju ogniska lub też ognisk zakażenia. Autor podaje na potwierdzenie swej hipotezy szereg dowodów, między innymi i ten, że po usunięciu jednego lub kilku ognisk zakażenia, objaw ten znika. Aczkolwiek autor uznaje, że ogniska zakażenia mogą być wszędzie umiejscowione, to jednak jako najczęstsze i najważniejsze uważa: zęby, migdałki i jamy przynosowe. Obok objawów zakaźnych, pochodzących z ognisk zakażenia, istnieje druga postać objawów zakaźnego gośćca, jako wynik rozsiania bakteryjnego drogą krwi. Rozsianie to może wystąpić samoistnie lub wskutek zabiegu operacyjnego, wykonanego w nieodpowiednim czasie i bez przygotowania chorego. Do objawów, powstałych na skutek rozsiania bakteryjnego należą: choroba gośćcowa z bardzo częstym zajęciem serca i obecność krwinek czerwonych w osadzie moczu. Podział schorzeń gośćcowych w Zakładzie w Akwizgranie przedstawia się następująco: gościec zakaźny — 94%, składają się na to: rozsianie bakteryjne drogą krwi 6%, schorzenia gośćcowe jako wynik zatrucia z ognisk zakażenia 80% (bóle mięśniowe, nerwowe, pierwotny przewlekły gościec stawowy, choroba Bechterewa) i obrazy mieszane 8%, schorzeń zwyrodnieniowych stawów było 4%, schorzeń na tle zaburzenia przemiany materii $1^{1}/_{2}$% i „różne", jak rozwojowe anomalie kości, sprawy nowotworowe $^{1}/_{2}$%. Autor omawia następnie zachowanie się serca i narządu krążenia w schorzeniach gośćcowych natury bakteryjnej (rozsianie) i toksycznej (ognisko lub ogniska zakażenia), — podkreślając szkodliwy wpływ jadów pochodzących z ognisk zakażenia na mięsień sercowy. Ogniska zakażenia należy bezwzględnie usunąć chirurgicznie w okresie uspokojenia choroby i po przygotowaniu chorego (łóżko, piramidon lub amidopyrina, witamina C). Dziewięć historyj chorób i kilka ładnych rentgenogramów kończy tę książkę. Bardzo interesujący podział zakaźnych schorzeń gośćcowych, oparty na dużym doświadczeniu autora, utwierdzony skoncentrowaną pracą specjalistów pod kierownictwem internisty-reumatologa, jest jednak w praktyce nie do przeprowadzenia. Już sam autor podniósł cyfrę postaci mieszanych bakteryjnych i zakaźnych z 8% do wyższego odsetka. Zdaniem referenta jest to podział godny uwagi, lecz sztuczny, gdyż w przeważającej większości przypadków nie można tych 2 czynników etiologicznych rozdzielić. Dowodem są chociażby historie choroby, podane przez samego autora, gdyż we wszystkich dziewięciu przypadkach były i bakteryjne rozsiania i zatrucia z ognisk u tego samego chorego. Piśmiennictwa brak. Książka wydana bardzo starannie.

Mester (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

O wzmożeniu odporności ustrojów przeciwko czynnikom szkodliwym przez współżycie płci. E. AGDUHR. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Z. 1 i 2. 1937.

Młode króliki, myszy i szczury, pochodzące z tego samego miotu, podzielono na grupy, z których część miała prawidłowe stosunki płciowe, inne natomiast wykluczono od wszelkich czynności płciowych. Obu grupom podawano rozmaite ciała szkodzące: zbyt duże dawki naświetlonej ergosteryny, arszenik, siarczan miedzi, azotan ołowiu, siarczan magnezu, alkohol. W wyniku doświadczeń okazało się, że zwierzęta, żyjące płciowo normalnie, mają większą odporność przeciw wymienionym szkodliwym czynnikom. Zdaniem autora, to wzmożenie odporności spowodowane jest przede wszystkim przez zmiany w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu. Za słusznością tej teorii przemawia wzmożenie odporności zwierząt przeciw czynnikom szkodliwym przez podawanie im gotowych preparatów gruczołowych, jak folikuliny oraz gonadotropowego hormonu przedniego płata przysadki.

Szajna (Kołomyja).

Ilościowe mikromorfologiczne badania nadnerczy jednorocznych białych myszy ze specjalnym uwzględnieniem różnic ze względu na płeć. HAKAN CARLSON, BERTIL GASTAFSSON i KJELL L. MOELLER. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Z. 1 i 2. 1937.

Ciężar i objętość nadnerczy samic są większe, niż samców. Różnica ta polega na silniejszym wykształceniu części korowej nadnerczy u samic. Ilość komórek miąższowych, a co za tym idzie, powierzchnia wydzielnicza kory nadnerczy jest u samic większa. Rdzeń nadnerczy jest jednakowy u obu płci. Im większy ciężar jajników, tym więcej waży kora nadnerczy. *Zona reticularis* jest dobrze rozwinięta u samic, bardzo słabo u samców; w ciąży ulega ona znacznej redukcji. *Zona fasciculata* jest szersza u samic, jak u samców; w ciąży *zona fasciculata* staje się szerszą, częściowo kosztem *zona reticularis.* Granica między częścią korową a rdzeniową jest u samic wybitniej zaznaczona, niż u samców. Ciała tłuszczowate znajdują się w całej warstwie korowej; nie ma ich w części rdzeniowej; w ciąży wzrasta znacznie ich ilość. Ciało sidorofilne najobficiej znajduje się w *zona reticularis* samic; w ciąży zmniejsza się jej ilość. Ilość ciała redukującego (kwas askorbinowy), oznaczonego metodą Bourne'go (impregnacja srebrem) największa jest u samców w *zona fasciculata;* u samic na granicy między *zona fasciculata* a *reticularis.* W ciąży zmniejsza się znacznie ilość tego ciała redukującego.

Szajna (Kołomyja).

Chemiczna budowa i kliniczne zastosowanie heparyny. E. JORPES. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Z. 1 i 2. 1937.

Według badań autora, heparyna składa się w 20% z kwasu uronowego, w około 20% z heksosaminy (glikosaminy), w 40% z części nieorganicznych; resztę stanowi woda. Pod względem budowy przypomina kwas chondroitinosiarkowy. Autor jest zdania, że w powstawaniu heparyny bierze udział intima naczyń, utrzymująca dzięki temu krew w stanie płynnym. Kliniczne zastosowanie heparyny ma miejsce przede wszystkim przy przetaczaniu krwi, następnie przy przesyłaniu płynnej krwi, zdatnej do rozmaitych oznaczeń chemicznych.

Szajna (Kołomyja).

Pierwotne złośliwe nowotwory kości o typie nabłonkowatym. S. BURSELL i N. GELLERSTEDT. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Z. 1 i 2. 1937.

Autorowie, opisując konkretny przypadek, podają, że niekiedy powstają nowotwory złośliwe o charakterze nabłonkowatym w tkance, pochodzenia mezenchymalnego. Zjawisko to tłumaczą najnowocześniejszą teorią embriologiczną o „niezupełnej swoistości listków zarodkowych".

Szajna (Kołomyja).

Statystyczne zestawienie przypadków śmierci z powodu zawałów płuc w latach 1922—1934 oraz zakrzepów w roku 1934. V. WESTBERG. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Z. 1 i 2. 1937.

Z wymienionych 104 przypadków zawału płuc, 75 wydarzyło się po zabiegu operacyjnym, 29 bez operacji. Z 79 zakrzepów, 49 pooperacyjnie, w 30 nie było zabiegu operacyjnego. W 80 przypadkach zawał powstał zupełnie niespodzianie; w 24 stwierdzono przedtem zakrzep, albo domyślano się jego obecności. Według zestawienia autora, zawał płuc najczęściej powstaje między 4 a 10 dniem po operacji, maksimum w 10 dniu. Zakrzepy natomiast najczęściej pojawiają się 4—5 dnia: mogą jednakże wystąpić o każdym czasie. Najbardziej podatnymi do komplikacyj zakrzepowych są chorzy starzy i z nieprawidłowym krążeniem.

Szajna (Kołomyja).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Niezwykły przebieg czerwienicy. K. A. SEGGEL. Ztschr. f. kl. Med. 132, 466—477, 1937.

Opis przypadku czerwienicy z klinicznymi objawami marskości wątroby, a sekcyjnie: licznymi zakrzepami w żyle wrotnej, śledzionowej i żyłach krezkowych. Autor podkreśla zmienność obrazu klinicznego czerwienicy. Pomijając opisane przypadki marskości wątroby z powiększeniem ilości ciałek czerwonych, stwierdza się nieraz czerwienicę i marskość wątroby.

W czerwienicy stwierdzić można płyn w jamie otrzewnowej wskutek równoczesnej marskości wątroby, zakrzepów w żyle wrotnej lub zaburzenia w krążeniu wątrobowym. Nieraz czerwienicy towarzyszy żółtaczka, również w następstwie zaburzeń w krążeniu wątrobowym. Podkreślone objawy świadczą o tym, że czerwienica może przebiegać pod różnymi postaciami, których nie należy wyodrębniać z właściwego schorzenia i nie stwarzać dla nich osobnych jednostek chorobowych.

H. Długosz (Lwów).

Fala U w elektrokardiogramie ludzkim. K. BLUMBERGER. Ztschr. f. kl. Med. 132, 478—493, 1937.

Na 240 badanych chorych stwierdzono falę U w 12 przypadkach, tzn. 5%, w odprowadzeniach zwykłych i z klatki piersiowej, czasem w jednym z nich. Czasem występuje fala U dopiero po pracy. Jeżeli fala U jest w EKG w spokoju, powiększa się po pracy. Wielkość fali U nie zależy od leczenia strofantyną, od przebiegu zapalenia mięśnia sercowego, niezależnie od zmiany wielkości T. Fala U występuje przeważnie w schorzeniach mięśnia sercowego (zapalenie i zwyrodnienie) i u chorych z wysokim ciśnieniem. *H. Długosz* (Lwów).

Przyczynki do elektrokardiografii klinicznej. Doniesienie VII. *Zależność typu elektrokardiogramu od budowy ciała.* G. SCHLOMKA i R. RODEWALD. Ztschr. f. kl. Med. 132, 494—503, 1937.

Przebadano 193 mężczyzn ze zdrowym narządem krążenia w wieku około 30 lat dla stwierdzenia związku pomiędzy typem elektrokardiogramu a budową ciała. Okazało się, że leptosomicy mają przeważnie typ prawokomorowy, a piknicy lewokomorowy, jednak cyfrowo w mniejszym stopniu, niż dotąd przypuszczano. Stwierdzenie tej zależności jest dalszym uzupełnieniem nauki o konstytucji, ale w poszczególnych wypadkach nie można przeceniać znaczenia budowy ciała dla typu elektrokardiogramu.

H. Długosz (Lwów).

O powikłaniach ze strony narządu krążenia w przebiegu cukrzycy. P. RADNAI i R. WEISZ. Ztschr. f. kl. Med. 132, 355—366, 1937.

Powikłania ze strony narządu krążenia są w przebiegu cukrzycy częste. Na 400 przypadków cukrzycy stwierdzili autorowie w 40% przypadków zmiany w elektrokardiogramie (nie uwzględniając delikatnych zgrubień R. i S., nieznacznego obniżenia S-T, ujemnego T III, ani głębokiego Q III, które same nie mają znaczenia patologicznego), w 20% przypadków objawy niewyrównania, w 10% dolegliwości dusznicowe, w 30% różne zmiany naczyniowe na dnie oka, a w 8% zmiany miażdżycowe tętnic obwodowych. Powyższe zmiany występują częściowo od siebie niezależnie, jednak w większości przypadków cukrzycy stwierdza się równocześnie miażdżycę naczyń serca, siatkówki, mózgu i naczyń obwodowych. Zmiany elektrokardiograficzne i dolegliwości sercowe zależą przede wszystkim od wieku, a potem od poziomu cukru we krwi. Leczenie insuliną nie wpływa na występowanie dolegliwości sercowych, jak się spodziewano. Nadciśnienie i miażdżyca obwodowa zależą tylko od wieku, zmiany zwyrodnieniowe na dnie oka od ciężkości zaburzenia przemiany cukrowej. Dokładne badanie kliniczne powinno obejmować nie tylko oznaczenie procentu cukru w moczu i poziomu cukru we krwi, lecz także badanie dna oka, elektrokardiogram i oscylogram. *H. Długosz* (Lwów).

Badania czasu trwania prądu czynnościowego komory (odcinek Q-T) w warunkach chorobowych. Doniesienie I. Elektrokardiogram serca ciepłokrwistych, odżywianego in situ, podczas doświadczalnej hipokalcemii. R. ASCHENBRENNER. Ztschr. f. kl. Med. 132, 537—576, 1937.

Dożylnie wprowadzone roztwory szczawianu sodu wywołują u psów i królików hipokalcemię i przedłużenie Q-T w EKG oraz zmianę T, jak w tężyczce u dzieci, większe ilości szczawianu sodu pogarszają przewodnictwo przedsionkowo-komorowe, aż do zupełnego bloku przedsionkowo - komorowego. Wprowadzenie wapnia usuwa wszystkie zmiany EKG. Zmiana odcinka Q-T nie jest wynikiem osłabienia mięśnia sercowego, lecz następstwem zmiany zawartości składników mineralnych krwi. Również podskórna narkoza przy pomocy soli magnezowych przedłuża Q-T w EKG i obniża poziom wapnia we krwi. To spostrzeżenie wyjaśnia niekorzystny wpływ zastrzyków siarczanu magnezu w tężyczce.

Doniesienie II. Elektrokardiogram odosobnionego serca ciepłokrwistych przy zmianie wydolności serca. Ztschr. f. kl. Med. 132, 552—562, 1937.

Próby z obciążeniem serca odosobnionego, według metody Starlinga, wykazały, że zmniejszenie wydolności mięśnia sercowego nie przedłuża Q-T w elektrokardiogramie, najczęściej Q-T jest tej samej długości, jak przed obciążeniem lub nieco krótsze. Dlatego nie można oceniać wydolności mięśnia sercowego długością Q-T.

Doniesienie III. Wpływ naparstnicy na czas trwania prądu czynnościowego komory (odcinek Q-T) u ludzi i kotów. Ztschr. f. kl. Med. 132, 563—576, 1937.

Ciągłe wlewanie dożylne kotom glikozydów naparstnicy nie skraca odcinka Q-T, co się tłumaczy krótkim okresem zatrucia. Z tego względu nie występują w EKG inne typowe zmiany dla zatrucia naparstnicą. Dożylne wstrzykiwania preparatów naparstnicy wełnistej u chorych na serce wykazały, że typowe dla naparstnicy zmiany elektrokardiogramu występują po przekroczeniu ustalonego dla każdego osobnika progu i to nie natychmiast, lecz po pewnym czasie utajenia. Trzeba jeszcze zaznaczyć, że skrócenie odcinka Q-T występuje wolniej, niż zmiana wychylenia następowego i odcinka S-T. Dlatego w klinice rzadko można użyć skrócenia odcinka Q-T jako wczesnego objawu zatrucia naparstnicą. *H. Długosz* (Lwów).

Znaczenie witaminy C dla przebiegu zakażenia i odporności. S. THADDEA i W. HOFFMEISTER. Ztschr. f. kl. Med. 132, 379—416, 1937.

Doświadczenia na zwierzętach, zatrutych jadem błoniczym, zakażonych gruźlicą i pneumokokami wykazały zmniejszenie zawartości witaminy C w różnych narządach (wątroba, nadnercze, śledziona) i zmianę ich struktury odwracalną po podaniu wyciągów z kory nadnerczy, zawierających kwas askorbinowy. Zwierzęta zatrute lub zakażone żyły dłużej, niż kontrolne, jeżeli podano im witaminę C i wyciąg z kory nadnerczy. W klinice spotyka się w ostrych chorobach zakaźnych, na szczycie gorączki zmniejszoną ilość witaminy C w moczu i płynie mózgowo-rdzeniowym, czyli hipowitaminozę C. To samo widzieli autorowie w ciężkich postaciach gruźlicy i podczas krwotoku płucnego chorych na gruźlicę. Poprawa stanu, ustanie krwawienia, skuteczne leczenie odmą usuwa hipowitaminozę C. Dieta Gersona-Sauerbrucha-Herrmannsdorfera powiększa zawartość witaminy C w płynie mózgowo-rdzeniowym. Powyższe doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że podczas ostrych i przewlekłych chorób zakaźnych występuje hipowitaminoza C i uszkodzenie kory nadnerczy. Stąd logiczny wniosek: podawać wyciąg z kory nadnerczy i witaminę C w chorobach zakaźnych, co też autorowie stosowali z wynikiem dodatnim. *H. Długosz* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Operacja Alexander-Adams'a skontrolowana na 200 przypadkach. E. THOMÖ. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 1—2.

Od wielu lat autor wykonuje w przypadkach tyłozgięć lub tyłopochyleń macicy operację Alexander-Adams'a, lub też zabieg ten łączy z innymi operacjami, o ile zajdzie ku temu potrzeba, jak np. zabiegi na przydatkach macicy w razie ich stanu chorobowego, wykonując dodatkowo otwarcie jamy brzusznej cięciem Pfannenstiel'a; z innych dodatkowych zabiegów okazały się potrzebne operacje zwężające pochwę, skrobanka, operacja Sturmdorff'a itd. Kontrola co najmniej w 4 tygodni po operacji. Wyniki, tak pod względem anatomicznym, jak i fizjologicznym są wprost świetne. Nawroty w 1% przypadków, ustąpienie dolegliwości w 92%, poprawa w ogólnym samopoczuciu w 5,5% i tylko 2,5% chorych nie odczuło żadnego polepszenia swoich cierpień. Zaznaczyć przy tym godzi się, że na 9 kobiet operowanych z powodu niepłodności, 4 wkrótce po zabiegu zaszły w ciążę. 13,5% wszystkich operowanych kobiet odbyło normalne porody, niektóre po kilka razy, a mimo to kontrola wykazała nienaganne ułożenie macicy. Dane te w połączeniu z innymi, znanymi korzyściami operacji Alexander-Adams'a stawiają ten zabieg na pierwszym miejscu w szeregu operacyj poprawiających położenie macicy. Niezmiernie ważną rzeczą jest dokładna technika operacyjna. *J. Lenczowski* (Lwów).

Przyczynek kliniczny do sprawy powstawania ostrego wielowodzia. G. GAEHTGENS. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 1—2.

Opierając się na dwóch własnych przypadkach ostrego wielowodzia w ciąży bliźniaczej, autor wypowiada swoje zapatrywanie na kwestię nadmiernego gromadzenia się wód płodowych. Rozumowanie autora dotyczy ciąży bliźniaczej jednojajowej, w której, jak wiadomo, wytwarza się wspólne krążenie, tak zwane krążenie Schatz'a. Równomierne ukrwienie płodów, a co za tym idzie i jednakowy ich rozwój możliwy jest tylko przy równowadze dynamicznej układu krążenia obu płodów. Zdarza się to jednak rzadko. Najczęściej jeden płód staje się silniejszy,

przeto lepiej ukrwiony i rośnie lepiej. Lepsze ukrwienie płodu większego prowadzi do większej soczystości nie tylko jego tkanek, ale i jego błon. W ten sposób stwarzają się warunki do zwiększonego przesączu płynu surowiczego do worka płodu większego. Gwałtowny przybór wód płodowych, zdaniem autora, jest skutkiem ostrej niedomogi mięśnia sercowego większego płodu. Istotnie, w jednym z przypadków stwierdził autor na sekcji płodów objawy niedomogi serca płodu większego. W drugim przypadku powstał jeszcze inny czynnik, a mianowicie upadek ciężarnej z dużej wysokości na brzuch, po którym to wydarzeniu nagle wytworzyło się groźne dla ciężarnej wielowodzie. Autor sądzi, że uraz mógł się przyczynić do nagłego przypływu wód, jako skutek odczynu naczyń obwodowych, podobnie jak w doświadczeniu Goltza. *J. Lenczowski* (Lwów).

Zapalenie wrzodziejące kiszek grubych a ciąża. M. SAEGESSER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 1—2.

Opis dwu przypadków uporczywych zapaleń kiszek grubych pod koniec ciąży, które dopiero po porodzie po długotrwałym leczeniu ustąpiły. Przyczynę tych zaburzeń jelitowych wobec ujemnego badania bakteriologicznego, upatruje autor w zaburzeniach systemu nerwowego w ciąży, przeto uważa je za rodzaj zatrucia ciążowego. Zwłaszcza przekonywujący jest przypadek drugi, dotyczący wieloródki. Dokładnie przeprowadzony wywiad wykazał, że chora ta już we wszystkich ciążach poprzednich przechodziła zawsze te same zaburzenia jelitowe, które całkowicie ustępowały po ciąży. *J. Lenczowski* (Lwów).

Przypadek hyperemesis menstruationis. FR. BERNHARDT. Zbl. f. Gynäk. Nr 4, 1937.

Chora, lat 24, pierwsza miesiączka w 13 roku życia, trwająca 6 dni, bez jakichkolwiek dolegliwości, następne takie same, co cztery tygodnie. Stan taki utrzymywał się aż do 17 roku życia. Po zimnej kąpieli, wziętej w 4 dni po ustaniu miesiączki, chora dostała silnych bólów w nogach, które następnie ogarnęły całe ciało; towarzyszył temu zupełny bezwład kończyn i mięśni szyi. Objawy te cofały się powoli i po 16 dniach zupełnie ustąpiły. Od tego czasu wszystkie następne miesiączki zaczynały się silnym bólem głowy, w 6 godzin później występowało krwawienie równocześnie z nie dającymi się niczym powstrzymać wymiotami. Chora leczyła się już wielokrotnie w najrozmaitszych zakładach, ale bez wyników. W stanie niezwykle ciężkim została przyjęta na klinikę. Wszechstronnym badaniem nie stwierdzono żadnych zboczeń, tak pod względem organicznym, jak i psychicznym. Przypuszczając, że wymioty są wywołane przez zaburzenia hormonalne, a wiedząc, że w czasie miesiączki poziom folikuliny obniża się, zaczęto podawać chorej codziennie po 10.000 jednostek folikuliny. Wymioty ustąpiły i od tego czasu wszystkie następne miesiączki były zupełnie prawidłowe i bez dolegliwości. *A. Kawecki* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna

Stanowisko lekarza w Niemczech. Die Ortskrankenkasse Nr 9. 1937.

Przywódca Lekarzy Rzeszy, dr Wagner, na uroczystości poświęcenia Turyngskiego Domu Lekarzy w Weimarhalle, wygłosił mowę, w której podał zarys pracy w przyszłym roku. Dr Wagner powiedział m. innymi: „Państwo Narodowo-Socjalistyczne zwraca uwagę na naród, jako całość, stawiając na dalszym planie interesy poszczególnych jednostek. Dlatego Przywództwo Lekarskie na miejsce higieny indywidualnej musiało wysunąć higienę rasy. Ochrona rasy i krwi stoi ponad wszystkimi innymi zagadnieniami. Polityka ta ma przeciwników. Z jednej strony wygodni i leniwi w myśleniu obywatele, którzy boją się zmian, z drugiej strony ludzie nauki, którzy ciągle jeszcze nie chcą uznać, że podstawy wiedzy muszą być zarazem poglądem na świat. Trzeci rodzaj przeciwników to ci, którzy twierdzą, że „królestwo ich nie jest z tego świata".

Trzy rzeczy sprawiały najwięcej trudności. Zmniejszanie się cyfry zaludnienia, przymieszka obcej krwi i zły wybór. Dalszą przymieszkę obcej krwi zahamowało prawo Norymbergskie. Dziś mamy 500.000 żydów, 200.000 półżydów i 100.000 ćwierćżydów. Już w następnym jednak pokoleniu półżydów nie będziemy mieli wcale. Wielu z nich umiera bezdzietnie — a te dzieci, które pozostaną, będą już ćwierćżydami, potrzebującymi pozwolenia na ślub. Przeciw temu zarządzeniu występowały pewne sfery i nazwały je niechrześcijańskim. Ale na pewno nie jest mniej chrześcijańskim wprowadzenie przymusu zezwoleń na ślub dla paru tysięcy ćwierćżydów, niż żądanie celibatu dla stu tysięcy zdrowych mężczyzn.

Dalszemu przyrostowi pierwiastka chorobowego, który już groził niebezpieczeństwem zagłuszenia wszystkiego, co zdrowe, położony został kres przez prawo o zapobieganiu dziedzicznie obciążonemu potomstwu.

To prawo nakłada na lekarza olbrzymią odpowiedzialność. Zanim wniesie wniosek o sterylizację, musi zawsze uświadomić sobie, że człowiek zdolny do płodzenia potomstwa, jest najkosztowniejszym dobrem narodowym. Nie powinien sądzić tego człowieka, według jakichś egzaminów inteligencji. Jedynym kryterium jego ma być to, jak sobie ten człowiek na swoim stanowisku w życiu radzi. Lekarz nie powinien pytać o większą lub mniejszą inteligencję, lecz musi zwrócić uwagę na pozytywne wartości — i w ten sposób umacniać dumę każdego Niemca, opartą na rodzinie i plemieniu.

Na czele zagadnień niemieckiej służby zdrowia nie stoją jednak tylko negatywne postulaty. Przodują postulaty pozytywne, które winny być narzucone człowiekowi. Jak wielkie są zadania, widać z tego, że podwyższenie się granicy wieku jest tylko pozorne. Z tych ludzi, którym się wypłaca rentę inwalidzką, 50% jest przedwczesnymi inwalidami, tj. zostało nimi przed 65 rokiem życia. Widzimy, że ludzie załamują się i nie są zdolni do pracy już w 40 roku życia — kobiety nawet już w 30 roku. Czteroletni plan działania, zapowiedziany przez kanclerza Hitlera, powieść się może tylko wtedy, gdy się uda utrzymać dłużej, niż dotąd zdolność roboczą pracownika fachowego.

Właśnie w roku ubiegłym były badane w tym celu dwa roczniki „twórczych" Niemców. Było to 2,500.000 ludzi. Na przyszły rok przedsięwzięte będą badania te na jeszcze większą skalę. Zwiększy się również liczba lekarzy przemysłowych. Lekarze ci nie będą policjantami zdrowotnymi w poszczególnych zakładach przemysłowych. Zadanie swoje będą mogli spełnić wtedy jedynie, jeśli zdobędą zaufanie personelu tego zakładu czy fabryki. W ogóle ugruntowanie tego zaufania pomiędzy lekarzem a ludźmi, których ma obserwować — takie, jakie miał niegdyś dobry lekarz domowy, będzie jednym z najistotniejszych zadań przyszłości. Będzie ono możliwe tylko wtedy, gdy każdy lekarz będzie patrzył na swój zawód z właściwego punktu widzenia. Służba lekarza jest służbą narodową, a pokolenie obecne często nie patrzyło na swój zawód takimi oczyma. I to tłumaczy, dlaczego tak trudno jest uzyskać na wieś dobrego lekarza. W przyszłości każdy lekarz będzie musiał wykazać się roczną praktyką na wsi. Nawet lekarz specjalista musi się przyzwyczaić widzieć nie tylko poszczególnego chorego, ale cały naród, a poza tym narodem wiecznie płynący „nurt wieczności".

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie

Protokół XIV posiedzenia naukowego z dnia 30 kwietnia 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. K. Szumowski *przedstawił: „Przypadek torbieli zębodołowej dużych rozmiarów operowany drogą nosową".*

Mężczyzna J. P., lat 43, przed 7 miesiącami zauważył opuchnięcie prawej okolicy twarzy oraz zaczął odczuwać ból w tej okolicy. Przypisywał on te dolegliwości spróchniałemu pierwszemu zębowi trzonowemu w szczęce górnej, który też kazał usunąć. Mimo to bóle w szczęce górnej zwiększyły się, wreszcie pojawił się cuchnący wyciek ropny z przetoki, która się wytworzyła w miejscu wyrwanego zęba. Przy naciśnięciu okolicy policzkowej, a zwłaszcza okolicy *fossa canina,* wyciek zwiększał się. Chory zgłosił się na Oddział Oto-Laryngologiczny Szpitala U. S. w celu poddania się zabiegowi operacyjnemu. Przy badaniu stwierdza się okolicę prawej szczęki górnej nieco wypukloną i bolesną na ucisk. W miejscu wyrwanego zęba trzonowego przetoka z treścią ropną cuchnącą, prowadząca do głębokiej jamy. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje zaciemnienie jamy szczękowej prawej oraz torbiel wielkości dużej śliwki z kostnym odgraniczeniem od góry, biegnącym łukowato. Zdjęcie lipiodolowe potwierdziło rozpoznanie. Wobec dużych rozmiarów torbieli i równoczesnego zajęcia prawej zatoki szczękowej zdecydowano się na usunięcie guza drogą operacji radykalnej zatoki szczękowej sposobem Caldwell-Luca, którą też wykonano w znieczuleniu miejscowym. W czasie operacji okazało się, że torbiel posiada odgraniczenie kostne od góry i tyłu, od przodu i strony nosowej było ono częściowo zniszczone, a od dołu i strony zewnętrznej odgraniczenia kostnego nie było, lecz torbiel zrastała się z częściami miękkimi. Po odsłonięciu zatoki szczękowej

i usunięciu kostnego odgraniczenia torbieli oddzielono ją raspatorem i w całości wraz z okolicą przetoki odpreparowano. Zrobiono szeroką komunikację z nosem i zakończono operację w sposób typowy. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, po dwóch tygodniach chory wyleczony opuścił szpital. Prelegent zaleca w przypadkach torbieli zębodołowych dużych rozmiarów w szczęce górnej usuwanie ich drogą nosową, a to przez operację radykalną zatoki szczękowej sposobem Caldwell-Luca lub Denkera, jako metody najlepszej.

W dyskusji przemawiał kol. Dobrzański.

2. Kol. Falkiewiczowa St. *przedstawiła dwa przypadki dystonii.*

3. Kol. Lankosz J. i Zięba W. (gość) *wygłosili wykład pt.: Nadciśnienie tętnicze u młodzieży sportującej.*

W dyskusji zabierali głos: Kol. Ziemilski, Stenzel, Falkiewicz Antoni, Mierzecki, *w odpowiedzi* referent.

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XV posiedzenia naukowego z dnia 7 maja 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Przewodniczący przedstawił listę członków honorowych proponowaną przez Zarząd Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego z okazji jubileuszu 60-lecia istnienia Towarzystwa. Lista obejmowała: Kol. Januszkiewicza z Wilna, Jurasza z Poznania, Orłowskiego Witolda i Paszkiewicza z Warszawy, Wachholza z Krakowa, Frankego, Pohoreckiego, Zgórskiego i Ziembickiego ze Lwowa. Lista ta przyjęta została przez aklamację.

2. Kol. Danielewicz J. *przedstawił:*

a) *przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego;*

b) *przypadek ropnia móżdżka pochodzenia usznego.*

W dyskusji: Kol. Progulski. Przypadki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych na tle łańcuszkowca u dzieci kończą się zawsze niepomyślnie. Może być, że w przypadkach pochodzenia usznego mogą one dawać widoki wyleczenia, jak pouczają dziś tu przedstawione przypadki u dorosłych. W każdym razie nie należy przedwcześnie rezygnować z leczenia i zabiegów. Zachęcają do tego również nowe środki chemoterapeutyczne, jak prontosil i polskie antystreptyna i septazin. Przykładem uleczalności tych spraw może służyć przypadek 9-letniej dziewczynki, która od dłuższego czasu cierpiała na obustronne ropne zapalenie ucha. Do poradni zgłosiła się z objawami oponowymi; nakłuciem lędźwiowym stwierdzono wybitnie ropny płyn, jakkolwiek nie zawierający drobnoustrojów. Chorą skierowano na oddział uszny, gdzie kol. Danielewicz po dokonaniu trepanacji znalazł ropień wielkości jaja gołębiego, który usunął. Chora po kilkunastu tygodniach wyzdrowiała.

Ponadto przemawiali kol. Skrowaczewski, Dobrzański i Ostrowski Tadeusz. *W odpowiedzi* referent.

3. Kol. Bross W. i Lucken B. (gość) *wygłosili wykład pt.: „Wstrząs operacyjny przy zabiegach na płucach".*

W pracy doświadczalnej, którą kol. Bross wykonał wspólnie z kol. B. Luckenem w Instytucie Fizjologii Uniwersytetu w Berlinie, wykazano, że podczas zabiegów operacyjnych na płucach w chwili zaciskania wnęki płuc powstają gwałtowne zmiany w krążeniu, a także w oddychaniu, mianowicie spadek ciśnienia krwi i zmniejszenie objętości oddechowej, spowodowanej odruchowym skurczem mięśni oskrzeli i wśródmiąższowej tkanki płucnej. Wystąpieniu tych zaburzeń można zapobiec przez zablokowanie nowokainą wnęki operowanego płuca. Zaburzenia powyższe powstają wskutek podrażnienia splotów nerwowych, przebiegających we wnęce płuc lub zaburzeń nerwowych układu wegetatywnego; sploty znajdują się we wszystkich warstwach ściany oskrzeli, a także w nabłonku oskrzelowym. Na podstawie swoich doświadczeń, przeprowadzonych na 18 kotach, dochodzą autorowie do wniosku, że dla zmniejszenia objawów wstrząsowych w przebiegu operacyj na płucach (lobektomia), wywołanych głównie podrażnieniem splotów nerwowych, należy mimo uśpienia ogólnego stosować dodatkowe zablokowanie nowokainą splotów nerwowych okołownękowych i nerwów międzyżebrowych. (Praca wydrukowana w całości w *Arch. f. Klin. Chirurg.* 1936). Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XVI posiedzenia naukowego z dnia 14 maja 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Przewodniczący poświęcił słowa wspomnienia zmarłemu członkowi Towarzystwa śp. doc. dr Henrykowi Sochańskiemu. Pamięć Zmarłego uczcili koledzy przez powstanie.

2. Kol. Musiał Włodzimierz *przedstawił przypadek dermatoneuromyositis.* (Przyp. zostanie ogłoszony drukiem w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji: Kol. Goldschlag F.: Zejście zmian skórnych przypomina obraz znany dermatologom jako poikilodermia. Pewne przypadki poikilodermii przebiegają z objawami ogólnymi i zajęciem mięśni, podobnie jak to się dzieje przy *dermatoneuromyositis.* Nad pokrewieństwem lub identycznością tych spraw dyskutuje się w piśmiennictwie dermatologicznym (Gottron). W niedawno ogłoszonej kazuistyce dermatologicznej podano 4 przypadki tego schorzenia, w których stwierdzono złośliwe nowotwory narządów wewnętrznych. W jednym z nich (przypadek Bezecnego) po usunięciu raka jajnika znikły objawy *dermatoneuromyositis.* W rozpoznaniu różnicowym trudności nastręcza włośnica. W obu schorzeniach występują obrzęki, zaburzenia przewodu pokarmowego i nawet eozynofilia. Biopsja może rozstrzygnąć sprawę.

3. Kol. Sosin J. *omówił preparaty anatomo-patologiczne z przypadku osteogenesis imperfecta.*

W dyskusji: Kol. Progulski. Przypadek *osteogenesis imperfecta* dotyczył dziecka kilkumiesięcznego, urodzonego siłami natury, z rodziców zdrowych, młodych i nieobciążonych. Już po urodzeniu zauważono zgrubiałe i krótkie kończyny górne i dolne. W dwa tygodni później na polecenie lekarza wykonano zdjęcia rentgenowskie, które wykazały rozliczne kostniny po złamaniach we wszystkich kończynach. Badanie przyjętego do kliniki lwowskiej dziecka wykazało prócz zgojonych złamań kończyn i żeber, miękkie tyłogłowie, obfite pocenie, duszność, podniesioną ciepłotę ciała i kaszel. Śledziona była macalna. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało naciek zapalny w płucu lewym. Dziecko po 24 godzinach zmarło skutkiem nieżytowego zapalenia płuc.

Schorzenie to, jakkolwiek znane i opisane przed 210 laty, u nas jest bardzo rzadko spotykane. Etiologia jego dotychczas nie jest znana, wiadomo tylko, że w chorobie tej kość nie rośnie okostnowo dość szybko, wskutek czego brak warstwy korowej, którą zastępuje cienka, jak papier, blaszka kostna, łamliwa pod najlżejszym naporem. Stąd dzieci te przychodzą na świat „z połamanymi nogami i rękami" i dalej łamią sobie żebra i kości długie. Rokowanie w tej chorobie złe, dzieci te nie żyją długo i prawie wszystkie giną na powikłanie płucne, a więc nieżytowe zapalenie, niedodmę. Leczenie środkami wpływającymi na układ kostny pozostaje bez żadnego skutku. W przemianie mineralnej nie ma żadnych zmian, co czyni to schorzenie czymś różnym od krzywicy, do której klinicznie jest podobne.

3. Kol. Falkiewicz Antoni i Sosin J.: *Rzadki przypadek schorzenia mięśnia sercowego.* (Omówienie przypadków i pokaz preparatów anatomo-patologicznych).

4. Kol. Dobrzański A. i Schusterówna H. *wygłosili wykład pt.: Zmiany makro- i mikroskopowe w migdałkach wyłuszczonych w przebiegu różnych chorób.* (Rzecz przeznaczona do druku).

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Działalność Państwowej Poradni Lekarskiej Szkół Lwowskich w roku szkolnym 1936—1937

W roku 1936/37 pracowało w Państwowej Poradni Lekarskiej szkół lwowskich 14 lekarzy i 4 siły pomocnicze. Tygodniowa liczba godzin przyjęć wynosiła 145, przy czym na oddział dentystyczny dla szkół średnich wypadało tygodniowo 44 godzin. Organizacja Poradni oparta była na tych samych zasadach, co w latach ubiegłych, jak podano w poprzednich sprawozdaniach. (Nr 40 Pol. Gaz. Lek. z dnia 12. X. 1936).

W roku sprawozdawczym napotykało na coraz większe trudności finansowe prowadzenie oddziału dentystycznego dla szkół średnich. Oddział ten całkowicie oparty na zasadach samowystarczalności czerpał swe dochody z opłat za zabiegi (ustalone w minimalnej wysokości) oraz z opłaty rocznej w wysokości 1 zł rocznie od 1 ucznia korzystającego z pomocy dentystycznej. Z dochodów tych były opłacane pobory lekarzy, pobory personelu pomocniczego, ubezpieczenia społeczne, jako też wydatki na materiał dentystyczny, dozór i utrzymanie porządków. Trudności powstały z tego powodu, że szereg zakładów średnich we Lwowie albo w ogóle nie zgłosił akcesu do korzystania z pomocy dentystycznej Poradni, albo też zgłoszono po kilkunastu uczniów z zakładu, co oczywiście nie stanowiło żadnego poważniejszego dochodu. Zebranie zgłoszeń do Poradni szło bardzo opornie, pomimo wytężonej akcji uświadamiającej lekarzy szkolnych i pełnego poparcia ze strony dyrektorów zakładów.

Moment powyższy znajduje swe uzasadnienie wyłącznie w niechęci rodziców dzieci szkolnych do wszelkich zbiórek pieniężnych w szkołach, nawet u tych rodziców, dla których złożenie kwoty 1 złotego rocznie wydaje się być zbyt wielkim ciężarem, mimo że w zamian za to uczeń może otrzymać niewspółmiernie wartościowo wyższe świadczenia. O tym, że opieka dentystyczna Poradni została zrozumiana przez pewną część rodziców tak pod względem pieniężnym, jak i zdrowotnym, świadczy fakt, że do korzystania z Poradni zgłasza się młodzież z bardzo zniszczonym uzębieniem, mając nieraz po kilkanaście zębów próchnicowych. Ta kategoria młodzieży bardzo energicznie domaga się naprawy uzębienia w całości w zamian za wpłaconą złotówkę. Dzięki ofiarnej pracy dentystów Poradni udało się powyższe trudności pokonać i wyjść obronną ręką, dając należytą pomoc młodzieży i nie naruszając zasad samowystarczalności finansowej Poradni, która żadnych subwencyj w roku szkolnym 1936/37 nie otrzymała.

W roku sprawozdawczym przyjęto w całej Poradni 10.011 chorych, którym udzielono 25.199 porad.

Działalność poszczególnych oddziałów Poradni przedstawia się następująco:

W oddziele chorób wewnętrznych przyjęto 2.629 chorych, którym udzielono 3.396 porad. W oddziele lamp kwarcowych naświetlano 58 uczniów, którym udzielono 474 naświetlań. W pracowni rentgenowskiej Poradni przyjęto 1.153 chorych, u których wykonano 1.116 prześwietlań klatki piersiowej, 2 prześwietlania przewodu pokarmowego, 19 zdjęć kostnych i 16 zdjęć zębowych. W oddziale skórnym przyjęto 1.009 chorych, którym udzielono 1.607 porad. W oddziele ocznym dla szkół średnich przyjęto 820 uczniów, którym udzielono 1.500 porad i zabiegów, zaś w oddziele okulistycznym dla szkół powszechnych przyjęto 1.611 chorych, którym udzielono 6.117 porad i zabiegów. W oddziele oto-laryngologicznym przyjęto 326 chorych, którym udzielono 486 porad i zabiegów. W oddziele dentystycznym dla szkół powszechnych przyjęto 725 uczniów, którym udzielono 1.216 zabiegów. W liczbie tej mieści się 399 ekstrakcyj, 84 plomb, 50 wypełnień korzeni. W oddziele dentystycznym dla szkół średnich przyjęto 1.670 uczniów, czyli blisko 75% tych, którzy zgłosili się do oddziału dentystycznego. Chorym tym udzielono 9.250 porad i w tym wykonano: 574 ekstrakcyj, 2.722 plomb, zgorzeli leczono 967.

Od razu uderza różnica w wynikach pracy oddziału dentystycznego dla szkół średnich, w którym starano się o konserwację uzębienia, a wynikami pracy oddziału dentystycznego dla szkół powszechnych. Dla młodzieży szkół powszechnych ordynuje z ramienia Zarządu Miejskiego we Lwowie tylko *jeden* dentysta przez jedną godzinę dziennie. Oczywiście lekarz ten nie może, mimo swych największych wysiłków, zaspokoić potrzeb młodzieży szkół powszechnych, której liczba na terenie m. Lwowa przekracza 30.000. Liczne starania wszczęte w kierunku poprawy tych stosunków nie zostały uwzględnione przez Zarząd Miejski ze względów oszczędnościowych. Z tych powodów lekarz-dentysta miejski musiał ograniczać się do usuwania zębów, nie mając ani czasu, ani środków do przeprowadzania leczenia zachowawczego.

W oddziele chorób skórnych 1/3 zgłaszających się chorych zgłaszała się po poradę z powodu świerzbu. Młodzież ta pochodziła z najbiedniejszych środowisk miejskich, spośród młodzieży szkół powszechnych. Brak możności leczenia całej rodziny, żyjącej nieraz w największym brudzie i zaniedbaniu, brak możności oczyszczenia mieszkania i pościeli całej rodziny, był powodem szeregu nawrotów u dzieci szkolnych, uprzednio wyleczonych.

Lekarz Naczelny Poradni: *Dr Stanisław Bühn.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 3 marca 1937 roku

Kol. Zalewski *przedstawia przypadek kamicy żółciowej* u 11-letniej dziewczynki, operowanej w Szpitalu im. Prez. Mościckiego.

Dziewczynka, dotychczas zdrowa, zachorowała po raz pierwszy w grudniu ub. r. Nagle zjawiły się silne bóle w prawym podbrzuszu bez nudności i wymiotów, nadto podwyższona ciepłota ciała. Po 2 tygodniach chora czuła się dobrze. Dnia 15. I. br. po raz wtóry odczuła silne bóle w prawej połowie brzucha, wymiotów nie było, ciepłota ciała 37,5°.

Dnia 16. I. br. została skierowana do szpitala z rozpoznaniem podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przy badaniu stwierdzono bolesność uciskową prawej połowy brzucha, szczególnie w podżebrzu prawym. Wątroba macalna na 2 palce. Leukocytoza 6.700. Mocz bez zmian. Cholecystografia wykazała niezacieniowanie woreczka żółciowego.

Dnia 4. II. wykonano zabieg operacyjny. Typowa cholecystektomia w linii środkowej. Ranę zeszyto na głucho. W woreczku stwierdzono piasek oraz liczne kamienie.

Dnia 12. II. zdjęto szwy. Wystąpiło nieznaczne ropienie w powłokach, w środku blizny operacyjnej.

Dnia 3. III. chora czuje się dobrze. Wypisana jako zdrowa.

Dyskusja:

Kol. Turyn podkreślił rzadkość kamicy żółciowej w tak młodym wieku i zapytał, czy z punktu widzenia życiowego było bezwzględne wskazanie do usunięcia woreczka żółciowego.

Kol. Banasz przyłącza się do zdania kol. Turyna; fizjologiczna czynność pęcherzyka żółciowego nie jest jeszcze ostatecznie oświetlona; możliwe jest, że usuwanie jego w tak młodym wieku może być szkodliwe dla organizmu.

Kol. Klinger zapytał, jaka jest dolna granica wieku występowania kamicy żółciowej.

Kol. Margolis *odpowiedział*, że dolna granica wieku występowania kamicy żółciowej jest taka sama, jak występowania zapalenia pęcherzyka żółciowego, a to ostatnie nie przestrzega żadnej granicy wieku.

Kol. Halpern-Wieliczański wyraził przypuszczenie, czy jakiś niedobór witamin nie może być przyczyną powstawania kamicy żółciowej.

Kol. Zalewski *odpowiedział*, że omawiany przypadek uważany był jako nagły i dlatego był operowany.

Kol. Turyn *omówił przypadek agranulocytozy bez innych zmian we krwi podczas leczenia kiły nowarsenobenzolem.*

Dyskusja: Kol. Klinger zauważył, że podwyższenie ciepłoty ciała, występujące po zastrzyknięciu salwarsanu uważać należy za objaw nietolerancji ustroju na arszenik.

Kol. M. Chajmowicz: *„O nerczycy lipoidowej"* (ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Banasz, Czkwianianc, Friedstein, Turyn i prelegent.

W odpowiedzi kol. Banaszowi prelegent zaznaczył, że w sprawie patogenezy nerczycy lipoidowej jesteśmy skłonni przyjąć teorię nerkowo-humoralną, gdyż w chwili obecnej tłumaczy ona najlepiej symptomatologię tego schorzenia. Uważamy, że uszkodzenie nerek jest zasadniczą przyczyną nerczycy lipoidowej. Uszkodzenie to polega na zwiększonej przepuszczalności kłębuszków dla ciał białkowych i cholesteryny. Pogląd ten znajduje potwierdzenie w doświadczeniach Lamberta. Lambert wstrzykiwał do otrzewnej salamandry (która ma nerki o podwójnym układzie nefronów, a mianowicie jeden, podobnie jak u człowieka, drugi zaś o nefronach otwartych) cholesterynę i zauważył, że cholesteryna dostaje się tylko do otwartych nefronów.

Kol. Friedsteinowi: poglądy w sprawie nerczycy lipoidowej przechodziły od czasu wyodrębnienia jej z choroby Bright'a szereg przemian. Dziś dla ustalenia rozpoznania tej nerczycy nie wystarczy tylko stwierdzenie ciała dwułomnego w moczu, pomimo, że ciała dwułomne są dla nerczycy lipoidowej patognomiczne. Codounis bowiem w klinice Achard'a, przeprowadzając stałe badania osadów moczowych na ciała dwułomne w 1.500 przypadkach, z czego 300 przypadało na różne schorzenia nerkowe, stwierdził ich obecność w 15 przypadkach nerczycy lipoidowej.

Sekretarz: *Dr B. Czaplicki.*

Protokół posiedzenia z dnia 17 marca 1937 roku

1. Kol. Lewenfisz: *„Przypadek nacieku gruźliczego przypominającego nowotwór płuca".*

Rozpoznanie nowotworu płuc często natrafia na wielkie trudności i to nie tylko w okresach wczesnych, lecz i w dalej posuniętych. Przyczyną błędów rozpoznawczych jest brak objawów klinicznych w okresach początkowych. Zresztą nawet i w pełnym rozwoju choroby objawy mogą być tylko nieznaczne lub nietypowe, utrudniając rozpoznanie. Aczkolwiek od czasu zastosowania badania radiologicznego odsetek trafnych rozpoznań wzrósł znacznie i dochodzi obecnie do 60—70%, podczas gdy przed erą rentgenowską zaledwie 5% rozpoznań klinicznych nowotworu zgodnych było z wynikiem sekcyjnym. to jednak widzimy, że i dzisiaj w przeszło 30% nie rozpoznaje się nowotworów płuc. Nadzieję na poprawę może dać tylko dalszy postęp w diagnostyce klinicznej, gdyż obraz radiologiczny jest tak różnorodny, że zawsze zdarzyć się mogą pomyłki. Do tego przyłącza się jeszcze ta trudność, że często obrazy radiologiczne podobne są zupełnie do obrazów spotykanych w innych chorobach

płucnych, jak np. w przewlekłym zapaleniu, w kile, w ziarnicy złośliwej, w promienicy, w ropniu a zwłaszcza w gruźlicy.

W kwietniu 1934 r. został skierowany na naświetlania B. P., mężczyzna lat 36, z zawodu robotnik, z rozpoznaniem szpitalnym: *tumor pulmonis dextr. prob. ca.* Chory ten przebył płonicę w 27 roku życia, poza tym nigdy nie chorował. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed 3 miesiącami bólami w okolicy prawej łopatki i pod prawą pachą, promieniującymi wzdłuż ramienia do łokcia. Poza tym miewał uczucia drętwienia w okolicy mostka i w prawej kończynie górnej. Ponadto podaje, że ma stany podgorączkowe wieczorami, stracił apetyt, brak duszności, poci się w nocy, od początku choroby stracił na wadze 7 kg, nie kaszle, nie odpluwa, raz tylko odpluł przed 3 dniami i w plwocinie zauważył żyłki krwi.

Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Stan obecny: wzrostu średniego, budowy prawidłowej, silnej, odżywienia miernego. Klatka piersiowa średnio wysklepiona. Dołki nad- i podobojczykowe prawe wypełnione; lewe nieco pogłębione. Nad obojczykiem prawym wymacuje się jakby opór, okrągły, gładki. Obmacywanie tej okolicy lekko bolesne. Opukowo: skrócenie wypuku po stronie prawej nad dołem nadgrzebieniowym i $1^1/_2$ palca poniżej grzebienia łopatki; od przodu nad prawym obojczykiem i poniżej obojczyka do II międzyżebrza. Poza tym wypuk wszędzie jawny; granice płuc prawidłowe, ruchome. Osłuchowo: zaostrzenie oddechu nad i pod prawym obojczykiem oraz w okolicy dołu nadgrzebieniowego. Poza tym oddech pęcherzykowy; wydech prawidłowy. Serce: granice prawidłowe, lekki podmuch skurczowy nad wierzchołkiem. Poza tym tony czyste, akcja serca miarowa. W innych narządach wewnętrznych brak zmian.

Żyły powierzchowne nad prawym ramieniem są więcej wypełnione, niż nad lewym. Istnieje nieznaczne ograniczenie ruchów z powodu bolesności w stawie barkowym przy uniesieniu ręki do góry i ku tyłowi. Gruczoły pachwinowe macalne, niebolesne z obu stron. Odczyn Wa. ujemny. Badanie moczu i krwi nie wykazało zmian. W plwocinie nie znaleziono laseczników Kocha (badano kilkakrotnie), ani komórek nowotworowych, ani grzybków promienicy. Badanie laryngologiczne ujemne. Roentgen płuc: cień wielkości i kształtu pomarańczy w górno-boczno-tylnej części płuca prawego, opierający się o tylną ścianę klatki piersiowej; w ciągu 4-tygodniowego pobytu chorego w szpitalu cień się powiększył.

Przystąpiłem do naświetlań, dając z trzech krzyżujących się pól (przedniego, tylnego i bocznego) dawkę nowotworową na okolicę opisanego guza, w ciągu 3 tygodni. Po miesiącu znów stwierdziłem powiększenie się guza. Bóle w okolicy prawego barku wzmogły się. Po upływie 6 tygodni przystąpiłem do II serii naświetlań na okolicę guza. Dawka taka, jak i przy I serii. W kilka dni po ukończeniu II serii wystąpił ból w okolicy podobojczykowej prawej i stwierdziłem w tym miejscu niewielkie wypuklenie, twarde, źle odgraniczone, bolesne na ucisk, średnicy 10 cm, które po upływie 3 tygodni ustąpiło, natomiast wytworzył się guz podobny do wyżej opisanego w dolnej części prawej połowy klatki piersiowej od tyłu. Po kilku naświetlaniach wystąpiło wyraźne chełbotanie. Wypuszczono 10 cm³ ropiastego płynu. Badanie bakteriologiczne nie wykryło w ropie tej żadnych drobnoustrojów, ani strzępków guza promienicy, ani prątków gruźliczych. Po 24 godzinach hodowla jałowa. Dalszy przebieg doprowadził do wytworzenia się przetoki i opróżnienia zawartości ropnej. Najbardziej interesujący jest jednak obraz rentgenowski. Widzimy więc, jak guz ten po przejściowym powiększaniu się, zaczyna się zmniejszać, później powstaje jama z poziomem płynu, wreszcie i ona zanika. Jednocześnie widzimy rozsianie się sprawy gruźliczej na całej powierzchni prawego płuca i nawet w dolnym lewym płacie. Badanie plwociny w tym okresie wykazuje obecność licznych laseczników Kocha.

Chory żyje i leczy się obecnie z powodu gruźlicy płuc.

Nadto należy zwrócić uwagę na zmiany w II i III żebrze po stronie prawej od przodu; z żeber pozostały tylko ślady, dzięki sprawie osteolitycznej, prawdopodobnie również na tle gruźliczym.

Mamy tu zatem:

1) przypadek nacieku gruźliczego w płucu o obrazie rentgenologicznym i o przebiegu klinicznym łudząco przypominającym sprawę nowotworową;

2) przypadek ten wskazuje na trudności rozpoznawcze w przebiegu nacieku gruźliczego. Nawet dokładna obserwacja kliniczna nie jest w stanie zapobiec błędom.

Dyskusja:

Kol. Halpern-Wieliczański zapytał, czy nakłucie próbne nie mogłoby się przyczynić do wcześniejszego prawidłowego rozpoznania.

Kol. Reiterowski uważa, że należało wcześniej zbadać plwocinę; wyraża przypuszczenie współistnienia gruźlicy i nowotworu.

Kol. Lewenfisz: nakłucie próbne przy nowotworze może być niebezpieczne, przypuszczenie nowotworu złośliwego obecnie zupełnie odpada chociażby dlatego, że sprawa jest już w obserwacji 4 lata, że obecnie stan chorego jest niezły, a sprawa nowotworowa tak długo trwająca dałaby znacznie gorsze wyniki.

2. Kol. J. Chrzanowski, W. Bem i Z. Szczech: *„O wartości klinicznej odczynu Takata-Ary"* (praca ukaże się w druku).

Dyskusja:

Kol. Kokotek zauważył, że technika wykonywania i odczytywania odczynu, stosowana przez prelegentów, jest zmieniona i różni się od metody oryginalnej, ogólnie przyjętej; Kol. Kokotek stosuje metodę oryginalną, dlatego jego wyniki są nieco odmienne od wyników, otrzymanych przez prelegentów.

Kol. Gliksman zapytał, jak wypada odczyn Takata-Ary w ciąży.

Kol. Bender. Technika, stosowana przez prelegentów musi być dobra, bo wyniki prób zgadzają się z wynikami innych badaczy. Zaburzenie wątroby w 30% przypadków gośćca może mieć wpływ na późniejsze powstawanie niewyrównanych wad serca.

Pani S., chemiczka pracowni, udzieliła wyczerpujących wyjaśnień w sprawie techniki dokonywanych prób.

Kol. Żurkowski. Technika stosowana przez różnych badaczy jest różna co do czasu odczytywania i używanych odczynników; jednolita, ogólnie przyjęta, metoda nie istnieje.

Kol. Frenkiel. Różnice techniki mogą mieć znaczenie przy porównywaniu wyników badań różnych pracowni; przy stosowaniu jednakowej techniki w rozmaitych sprawach chorobowych, wyniki są miarodajne.

Kol. Halpern-Wieliczański omówił kilka innych czynnościowych prób wątroby.

Kol. Turyn uważa, że odczyn Takata-Ary w wielu schorzeniach wątroby nie daje dostatecznego wyjaśnienia.

Kol. Kocen stosuje technikę podobną do omawianej, przerabiał równolegle badania i otrzymywał podobne wyniki.

Sekretarz: *Dr B. Czaplicki.*

Protokół posiedzenia z dnia 31 marca 1937 roku

1. Kol. Neumark *przedstawił 3 przypadki różnych postaci owrzodzeń podudzi o przewlekłym przebiegu pochodzenia gruźliczego.*

Przypadek I. *Erythema induratum ulcerosum.*

U 27-letniej chorej znajduje się na tylnej stronie lewego podudzia owrzodzenie kształtu czworokątnego, wielkości gołębiego jaja, o dnie płaskim, lekko brodawkującym, barwy ciemno-czerwonej; 4 palce powyżej znajduje się również płaskie owrzodzenie, wielkości grochu, pokryte strupkiem. Poniżej większego owrzodzenia twarda, mało przesuwalna, gładka blizna jako pozostałość po zagojonym owrzodzeniu. Na zewnętrznej stronie dolnej części prawego podudzia dwa guzkowate nieostro odgraniczone, w głębszych warstwach skóry ułożone nacieki, wielkości grochu, o spoistości elastyczno-twardawej, niebolesne na dotyk; skóra w obrębie tych guzków sinawo zabarwiona. Cierpienie skóry trwa 2 lata. Odczyn Wa. ujemny.

Przypadek II. *Ulcus cruris tuberculosum.*

U 21-letniej chorej znajduje się w okolicy lewej wewnętrznej kostki owrzodzenie wielkości 50 groszy, o lekko wyniosłych i podminowanych brzegach, barwy sinawej, o dnie płaskim, o powierzchni gładkiej, barwy czerwono-sinawej. Próba naskórna wedle Nathana i Kallosa, wykonana nieco na zewnątrz od owrzodzenia była wybitnie dodatnia, zarówno miejscowo, jak i ogniskowo, z jednoczesną wyraźną skłonnością do gojenia się dotychczas atonicznego owrzodzenia. Wa. ujemny. Nieznaczne wenektazje na lewym podudziu.

Przypadek III. *Tuberculoda ulcerosa crurum cum tuberculoda papulo-necrotica corporis et extremitatum.*

Cierpienie skóry trwa od 12 lat. Okresowo (zwłaszcza na wiosnę oraz na początku jesieni) oraz napadowo występują na podudziach twardawo-elastyczne, nie ostro odgraniczone, nieco bolesne nacieki zapalne, wielkości grosza do 10 złotych, w obrębie których skóra jest sinawo-czerwono zabarwiona i obrzękła.

W przeciągu krótkiego okresu czasu (niekiedy w przeciągu 24—48 godzin) środkowa część nacieku ulega owrzodzeniu, z początku występuje drobny pęcherzyk o surowiczo-ropiastej zawartości, przysychający strup; po jego odpadnięciu ukazuje się owrzodzenie szybko rozszerzające się na obwodzie i drążące

w głąb, po czym powoli następuje gojenie się owrzodzenia z pozostawieniem mniej lub więcej rozległych blizn. Poza tym istnieje stale powracająca wysypka grudkowo-krostkowa na tułowiu i kończynach, ulegająca samoistnemu wchłonięciu z pozostawieniem charakterystycznych drobnych blizenek.

Przed każdym nawrotem cierpienia skóry chora czuje się źle, ma dreszcze, bóle głowy i nieco podwyższoną ciepłotę.

Badanie płuc wykazało przytłumienie w okolicy prawego szczytu, nieco szorstki oddech, przewodnictwo głosowe wzmożone. Inne narządy wewnętrzne bez zmian. Kilkakrotne prześwietlenie płuc wykazało jedynie obecność zwapniałego ogniska w dolnej części prawego płuca oraz w prawej wnęce kilka twardszych cieni. Odczyn Wa. ujemny.

Po wstrzyknięciu podskórnym 0,5 AT. (1.0:1,000.000) w okolicy prawego ramienia wystąpiła już po kilku godzinach silnie podwyższona ciepłota (do 39,8°), dreszcze, wymioty, kłucie w górnej części klatki piersiowej; jednocześnie zjawił się silny odczyn zapalny w miejscu wstrzyknięcia, rozszerzający się powoli na obwodzie, zajmując całą przestrzeń od połowy ramienia aż poniżej stawu łokciowego. Badanie wydzieliny z owrzodzenia wykazało liczne ciałka ropne i nieliczne ziarniaki Gramdodatnie. Z pobranej ropy wyhodowano na pożywkach gronkowca złocistego i białego; laseczek Kocha nie znaleziono. Świnki morskie szczepione ropą i krwią śródotrzewnowo i podskórnie nie wykazały żadnych zmian chorobowych po 3 miesiącach. Na pożywkach Loewensteina z krwi i z ropy w ciągu 3 miesięcy nic nie wyhodowano.

Pokaz szeregu fotografij, przedstawiających różny wygląd i rozwój owrzodzeń na podudziach; poza tym pokaz trzech rysunków mikroskopowych, wykazujących obecność ognisk zserowacenia w głębszych warstwach właściwej skóry, a dokoła nich naciek drobnokomórkowy z dość licznymi komórkami olbrzymimi; zserowacenie to dochodzi do naskórka, który ulega następowemu zniszczeniu; włókien sprężystych rozrzedzonych, w obrębie nacieku zapalnego oraz ognisk zserowacenia brak; naczynia żylne wykazują wybitne zmiany zapalne aż do zupełnego zamknięcia światła naczyń *(endo- et periphlebitis)*.

2. Z cyklu *„Postępy w lecznictwie"*.

Kol. L. Dengel: *„Postępy w lecznictwie chorób chirurgicznych"*.

Dyskusja:

Kol. Liebeskind zapytał, czy prelegent stosuje morfinę przed narkozą ewipanową; zauważył, że młodzi i zdrowi znoszą ewipan lepiej od starszych i schorowanych; w 10—15% po ewipanie występują wymioty.

Kol. Dengel. Wymiotów po ewipanie nie spostrzegał, młodzi ludzie wymagają do zaśnięcia większych dawek ewipanu, starsi zasypiają łatwiej po mniejszych dawkach. Morfinę przed narkozą ewipanową stosuje, wpływa ona dodatnio na przebieg uśpienia.

3. Kol. St. Gawiński: *„Postępy w lecznictwie chorób kobiecych"*.

Postęp w lecznictwie operacyjnym jest następstwem udoskonalenia metod operacyjnych podanych z początkiem obecnego stulecia. Doprowadzono je do szczytu doskonałości technicznej i dzięki temu obniżono śmiertelność, będącą następstwem samego zabiegu. W dążeniu do jak największego ograniczenia niebezpieczeństwa samego zabiegu operacyjnego udoskonalono te metody, w których ryzyko było *a priori* mniejsze. Udoskonalenie radio- i rentgenoterapii poprawiło znacznie wyniki operacyjne.

W dziedzinie operacyj położniczych dokonała się zmiana poglądów dotyczących cięcia cesarskiego. Okazało się, że nie można cięciem cesarskim zastąpić wszystkich zabiegów pochwowych: są bowiem powikłania porodowe, obniżające odporność ustroju, który z trudnością znosi nowy uraz spowodowany przez zabieg operacyjny, wykonany drogą brzuszną. Zwłaszcza zostało potępione szablonowe stosowanie cięcia cesarskiego w przypadkach, w których można spodziewać się dobrego wyniku przy wyczekiwaniu odpowiedniego momentu i zastosowaniu lekkiego zabiegu pochwowego.

Co się tyczy hormonologii, jest to nauka, w której każdy niemal dzień przynosi nowe zdobycze teoretyczne. Wyniki lecznicze idą krok w krok za postępem teoretycznym. Są one dziś już całkiem zadowalające przy leczeniu zaburzeń okresu przekwitania i w różnych odmianach zaburzeń miesiączkowania z wyjątkiem pierwotnego braku miesiączki. Wprowadzenie metod laboratoryjnych mających na celu stwierdzenie, jakich ciał wkrewnych ustrój potrzebuje, a jakie ma w nadmiarze, umożliwia zastąpienie leczenia empirycznego leczeniem uzależnionym od ścisłych teoretycznych wskazań.

Dyskusja:

Kol. Bergson. Potwierdzając wywody przytoczone przez prelegenta, jako nowość w lecznictwie omówił tzw. chemiczne usunięcie macicy. Polega ono na wprowadzeniu do macicy 50% rozczynu chlorku cynku, po 10 dniach następuje mumifikacja tkanki, całej śluzówki i części mięśniówki i taki zmumifikowany odlew macicy wydziela się na zewnątrz. Stosuje się to przy uporczywych krwawieniach macicznych (pokaz preparatu).

Kol. Lewenfisz. W rakach macicy najlepsze wyniki daje metoda złożona: operacja i naświetlanie; samo naświetlanie daje gorsze wyniki. W zaburzeniach hormonalnych naświetlanie przysadki i tarczycy daje dobre wyniki w 60%. Zbyt duże stosowanie folikuliny może wywołać guzy przysadki.

Kol. Gliksman omówił przeciwwskazania do stosowania folikuliny, zapytał, czy znajdują zastosowanie szczepionki swoiste, poruszył również sprawę porodów bezbólowych i przeszczepiania jajników.

Kol. Gawiński. Szczepionki swoiste mało się stosuje w Szpitalu im. Prez. Mościckiego. Metoda porodów bezbólowych nie jest jeszcze udoskonalona i nie znajduje szerszego zastosowania; to samo dotyczy przeszczepiania jajników.

Sekretarz: *Dr B. Czaplicki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Różne

Z kraju

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej złożył Ministrowi Opieki Społecznej obszerny memoriał w sprawie zorganizowania racjonalnej opieki lekarskiej dla ludności wsi i miasteczek. Za najodpowiedniejszą podstawową formę organizacyjną opieki nad zdrowiem wsi należy uznać ośrodek zdrowia. Liczbę szpitali należy powiększyć i w ten sposób udostępnić leczenie szpitalne niezamożnej ludności, które dla ludności zupełnie ubogiej winno być bezpłatne. W tym celu powinien być ustanowiony podatek szpitalny lub fundusz zdrowia. Należy też udostępnić ludności korzystanie z leków i w tym celu obniżyć taksę aptekarską oraz zorganizować rozdawnictwo leków dla niezamożnych w ośrodkach zdrowia i przychodniach.

Została ogłoszona ustawa o powołaniu do życia izb lekarsko-dentystycznych. Na terenie całego Państwa będą utworzone tylko cztery izby, prócz naczelnej izby w Warszawie. Pierwsze wybory do izb mają się odbyć z początkiem maja br.

Dnia 2 lutego br. odbyło się posiedzenie komisji porozumiewawczej Stowarzyszenia Absolwentów Szkół Pielęgniarskich, na którym uchwalono rezolucję, domagającą się przyznania praw lekarza higienisty tym absolwentom, którzy posiadają maturę gimnazjalną i ukończone dwuletnie wyższe kursy pielęgniarskie. Jedno z pism codziennych zaznaczyło w związku z tym, że wobec powyższego trzeba będzie absolwentom medycyny nadawać tytuł i uprawnienia lekarza dyplomowanego dla odróżnienia od absolwentów szkół pielęgniarskich. A zatem coś podobnego do sprawy, dotyczącej tytułów inżynierskich.

Wartość importu szmat, czyli odpadków używanych materiałów włókienniczych wynosiła w r. 1936 22 mil. zł. Ze względu na niebezpieczeństwo zakażeń (przede wszystkim wąglikiem), na jakie narażeni są osobnicy, mający do czynienia ze szmatami, dawne ustawy przewidywały już dezynfekcję szmat przed ich użyciem. Jednakże przeprowadzenie takiej dezynfekcji natrafiało na duże trudności ze względu na brak odpowiednich urządzeń oraz na niszczenie materiału, poza tym podrażało znacznie koszty. W myśl nowego rozporządzenia, nie przewiduje się obowiązkowej dezynfekcji szmat, natomiast sprecyzowano warunki sanitarno-higieniczne zakładów przemysłu szmacianego, co pozwoli na uniknięcie przykrych następstw pracy ze szmatami.

Działalność Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie w miesiącu grudniu 1937 r. Lekarze domowi i specjaliści udzielili w gabinetach i ambulatoriach 79.371 porad, ponadto udzielono w domu obłożnie chorym 8.123 porad. Lekarstw i środków opatrunkowych w aptekach własnych, obcych i punktach rozdawnictwa leków wydano 120.474. Lekarze wykonali ponadto 12.611 zabiegów (zastrzyki, odmy, nakłucia itp.), a personel pomocniczo-lekarski wykonał 13.951 zabie-

gów (masaże, stawianie baniek, pijawek itp.). W Zakładzie Zanderowskim udzielono 7.643 zabiegów leczniczych (nagrzewania diatermią, Soluxem, naświetlania lampą kwarcową itp.). W Zakładzie Rentgenowskim wykonano 4.172 prześwietlań, zdjęć i naświetlań promieniami Roentgena. Zakład Analityczno-Lekarski przeprowadził 8.863 analiz. W zakresie pomocy dentystycznej udzielono 4.957 porad i wykonano 43 protez. W szpitalu własnym i sanatoriach przebywało 1.193 chorych, przez 11.357 dni leczenia. Wydano 719 przekazów do obcych zakładów leczniczych (szpitale, zakłady położnicze, ambulatoria). Wypłacono 686.515 zł i 41 gr tytułem zasiłków chorobowych, szpitalnych i pokarmowych oraz 4.575 zł tytułem zasiłków pogrzebowych. Zmarło 115 osób ubezpieczonych i członków rodzin.

Choroby zakaźne w Polsce w okresie od 14—20. XI. 1937 r. W okresie tym zgłoszono na terenie kraju: 1 przypadek ospy, 530 — duru brzusznego, 23 — duru plamistego, 1 — duru rzekomego, 57 — czerwonki, 798 — płonicy, 813 — błonicy, 987 — odry, 164 — krztuśca, 19 — zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, 34 — gorączki połogowej, 518 — gruźlicy, 185 — róży, 337 — jaglicy, 1 — wąglika, 1 — śpiączki, 2 — choroby Heine-Medina.

N i e m c y

W Niemczech zaczęto wydawać osobne pismo, poświęcone zagadnieniom starości i starzenia się. Jest nim *Zeitschrift für Altersforschung*, organ dla fizjologii i patologii zjawisk starzenia się. Wydawcami m. i. są prof. A b d e r h a l d e n i prof. B u r g e r.

Komunikaty

T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e W a r s z a w s k i e podaje do wiadomości następujące nagrody i zapomogi stypendialne, którymi rozporządza w roku 1938. — 1. F u n d u s z z a p o m o g o w o - s t y p e n d i a l n y im. Marii i Jana G i e l l e r ó w. Zapomoga w wysokości 3.000 zł, dla lekarzy Polaków, wyznania rzym.-katolickiego, pracujących naukowo w szpitalach warszawskich. Przy równych kwalifikacjach zarządzający pracownią diagnostyczną mają pierwszeństwo do największej zapomogi. Zapomoga może być przyznana i poza zgłaszającymi się do konkursu. Termin składania podań upływa z dniem 1 kwietnia 1938 r. — 2. N a g r o d a im. dra Józefa B a b i ń s k i e g o. Nagroda w wysokości 1.000 zł, przeznaczona dla młodych pracowników naukowych za najlepszą pracę z neurofizjologii, bądź z anatomii i histologii prawidłowej lub patologicznej układu nerwowego, bądź za pracę kliniczno-doświadczalną, a wyjątkowo tylko za pracę czysto kliniczną. Praca może być ogłoszona w języku polskim lub obcym, byleby była wykonana w pracowni na terenie Państwa Polskiego. Praca powinna być przedstawiona w rękopisie lub też w druku, jeśli jej ogłoszenie nastąpiło w ciągu ostatnich dwóch lat i praca ta nie była dotąd nagrodzona. Termin złożenia pracy wraz z życiorysem upływa z dniem 1 kwietnia 1938 roku. — Podania wraz z załącznikami należy składać na ręce Sekretarza Stałego prof. dra med. A. L e ś n i o w s k i e g o do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Króla Belgów Nr 7) do dnia 1 kwietnia 1938 roku. Życiorys do wszystkich podań nie powinien przekraczać 1 strony maszynopisu.

P o l s k i e T o w a r z y s t w o H i g i e n i c z n e ogłasza następujące 3 k o n k u r s y na prace z dziedziny walki z chorobami zakaźnymi: 1. Konkurs na opracowanie popularnej broszury na temat: „Zwalczanie duru plamistego". — 2. Konkurs na opracowanie popularnej broszury na temat: „Zwalczanie duru brzusznego". — 3. Konkurs na opracowanie popularnej broszury na temat: „Zwalczanie czerwonki". — Warunki konkursu: 1. Broszura powinna być opracowana przystępnie tak, by mogła być zrozumiana przez najszersze warstwy ludności. 2. Broszura nie powinna przekraczać 8—12 stron pisma maszynowego na arkuszach znormalizowanych (bez rysunków). 3. Broszura powinna zawierać oddzielnie ujęte i krótko sformułowane wskazówki, jak ustrzec się opisywanej choroby. 4. Autor winien podać treść i opis rysunków, którymi tekst broszury ma być ilustrowany (pożądane jest dołączenie szkiców rysunków lub podanie źródła, skąd rysunki mogą być zaczerpnięte). 5. Prace należy składać w zamkniętych kopertach, opatrzonych godłem, do Polskiego T-wa Higienicznego, Warszawa, ul. Karowa 31, do dnia 1 lipca 1938 r. Godło wraz z nazwiskiem należy dołączyć do pracy w zamkniętej kopercie. 6. W każdym z konkursów ustanowione są 2 nagrody za najlepsze prace: I — 200 zł; II — 100 zł. 7. Nagrodzone prace stanowią własność Polskiego T-wa Higienicznego, które będzie mogło wydawać je drukiem w całości lub części.

K o n k u r s n a p r a c ę n a u k o w ą z z a k r e s u h y d r o l o g i i. Celem zachęcenia do podjęcia prac z zakresu hydrologii Sekcja Naukowa Związku Lekarzy w Szczawnicy ogłasza konkurs na pracę naukową o wodach szczawnickich. Warunki konkursu: 1. W konkursie mogą brać udział obywatele Rzeczypospolitej Polskiej. 2. Prace winny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane, oparte na własnych doświadczeniach i spostrzeżeniach. 3. Tematem prac mogą być spostrzeżenia kliniczne, jak również doświadczalne z zakresu działania wód szczawnickich. 4. Prace konkursowe podpisane obranym przez autora godłem powinny być nadesłane w maszynopisie w 5 egzemplarzach najpóźniej do dnia 1 lutego 1939 r. pod adresem: Sekcja Naukowa Związku Lekarzy w Szczawnicy. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, na zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 5. Ocenę prac nadesłanych przeprowadzi Sąd Konkursowy, w skład którego wchodzą: Przewodniczący: Prof. dr Orłowski W. Członkowie: profesorowie: Januszkiewicz A., Jezierski W., Koskowski Wł., Sabatowski A., Szumowski Wł., Tempka T. 6. Ustala się nagrody za przyjęte przez Sąd Konkursowy prace: I — 500 zł, II — 300 zł i III — 200 zł. 7. Sąd Konkursowy ma prawo przyznać tylko niektóre lub żadnej z ogłoszonych nagród, a pozostałe z tego tytułu fundusze przekazać na następny konkurs. 8. Przyznanie i rozdanie nagród nastąpi na I Zjeździe Lekarzy w Szczawnicy w 1939 r. 9. Zastrzega się prawo wykonania odbitek z prac nagrodzonych. 10. Wód szczawnickich w ilościach niezbędnych do wykonania prac dostarczy Dyrekcja Zakładu Zdrojowo-Kąpielowego A. hr. Stadnickiego, a zapotrzebowanie należy skierować pod adresem Sekcji Naukowej Związku Lekarzy w Szczawnicy.

XI Z j a z d H i g i e n i s t ó w P o l s k i c h, poświęcony zagadnieniom zdrowotnym wsi, odbędzie się dnia 29 i 30 czerwca 1938 r. w Lublinie. Przewidziane są trzy tematy główne: 1. Pomoc lecznicza na wsi (lekarze, personel pomocniczy, szpitale itp.). 2. Medycyna zapobiegawcza na wsi (zwalczanie chorób zakaźnych i społecznych). 3. Sprawy sanitarno-porządkowe na wsi (budownictwo wiejskie, zaopatrywanie w wodę, usuwanie nieczystości itp.). Uprasza się o zgłaszanie referatów lub koreferatów, do dnia 1 kwietnia 1938 r. do Biura Polskiego T-wa Higienicznego w Warszawie, ul. Karowa 31. Szczegółowy program Zjazdu i warunki uczestnictwa podane zostaną do wiadomości w następnych komunikatach.

Redakcja otrzymała

W. Tomaszewski: Wartość kliniczna witaminy C. Poznań 1937. Nakł. „Nowin Lek.".

J. Józefczak: Lekarz domowy pracuje... — Człowiek na tle ubezpieczeń społecznych. Kraków 1938. Nakł. autora. (Drukarnia Pospieszna, Kraków, Karmelicka 34).

M. Zachert: Zastosowanie wziernika do badania rąbka rogówki i rozpoznawania jaglicy. Odb. z „Przegl. Trachomatol." Nr 5. 1937.

M. Zachert: Jaglica. Wyd. Pol. Tow. Hig. Z. 1. Warszawa 1937. Cena: 15 gr.

H. v. Seemen: Wundversorgung und Wundbehandlung. Wyd. F. Enke. Stuttgart 1938. Cena: 4.20 RM.

A. Łastowiecki: Promienie Roentgena i ich zastosowanie. Książnica-Atlas. Lwów-Warszawa 1938. Cena: 2.80 zł.

B. Skarżyński: Witaminy. Książnica-Atlas. Lwów-Warszawa. Cena: 1.40 zł.

J. Jadassohn (†): Dermatologie. Wyd. Weidmann et Co. Wiedeń-Berno. Cena: 80 zł.

Archeia Ygieines. Nr 6—7. 1937. (greckie).

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.